

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 461

Trois ans d'expérience
de la Résection Transurétrale de la Prostate
à la Clinique Urologique

THÈSE

Pour le Doctorat de l'Université de Lyon

SECTION DE MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT DEVANT LA

FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE

LE 3 FÉVRIER 1938

PAR

SAAD FUED

Né le 25 Mars 1912

à IGARAPAVA (Brésil)



PAQUET, Imprimeur
10, RUE JARENTE - LYON

1938

**Trois ans d'expérience
de la Résection Transurétrale de la Prostate
à la Clinique Urologique**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 461

**TROIS ANS D'EXPÉRIENCE
DE LA RÉSECTION TRANSURÉTRALE DE LA PROSTATE
A LA CLINIQUE UROLOGIQUE**

THÈSE

Pour le Doctorat de l'Université de Lyon

SECTION DE MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT DEVANT LA

FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE

LE 3 FÉVRIER 1938

PAR

SAAD FUED

Né le 25 Mars 1912

à IGARAPAVA (Brésil)



PAQUET, Imprimeur
10, RUE JARENTE - LYON

1938

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ.

BARRAL, PIC, CONDAMIN, PAVIOT, NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	BONNET.
Clinique médicale infantile.....	FAVRE.
Clinique gynécologique	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique urologique	PATEL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	COLLET.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	GAYET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	TAVERNIER.
Chimie biologique et médicale.....	COURMONT.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique.....	HERMANN.
Anatomie pathologique	J. CHALIER.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.....	J. F. MARTIN.
Médecine légale	COTTE.
Hygiène	ARLOING (F.J.)
Pharmacie et Pharmacologie.....	Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	ROCHAIX.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	MM. THEVENOT (Léon).
Chargé d'un cours d'embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REBATTU	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	REVOL	PONTHUS	LEVRAT
CHAMBON	ENSELME	CROIZAT	
CIBERT	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSSEL	JOSSERAND	



EXAMINATEURS DE LA THESE

M. GAYET, président,
MM. THEVENOT, CIBERT, CREYSSSEL

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MA MERE

Je m'incline respectueusement et avec
le plus pur amour filial, à son souvenir.

A MON PERE

Il m'a toujours entouré d'une grande
tendresse. Il a consenti tous les sacrifices
pour mes études, qu'il s'est attaché à ren-
dre agréables. Sa vie est un exemple de
travail et de probité ; ma plus grande
fierté sera de l'imiter.

Faible témoignage d'amour filial et de
reconnaissance infinie.

A MES SOEUR ET FRERE

YUNA, LINDA, ABRAO

Indéfectible amour fraternel.

A MON FRERE ANTONIO

Nous avons eu la grande joie de nous
revoir après une longue séparation. J'ai
retrouvé l'amour d'un frère, le réconfort
d'un ami.

Témoignage d'affection et d'estime.

A MES AMIS

les Docteurs MOUKADIM, GEBARA, ASMAR

En souvenir de nos inoubliables années
d'études et de franche amitié.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GAYET

Professeur de Clinique Urologique,

Chirurgien Honoraire des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Nous lui devons toute notre formation médicale. Pendant trois années consécutives il nous a, avec une inlassable ardeur, prodigué le fruit d'une grande expérience et de vastes connaissances. Il représente à nos yeux les qualités d'une race féconde en noms illustres. Il nous a honoré de sa confiance en nous confiant un sujet qu'il jugeait délicat. Très respectueusement, nous lui dédions ce modeste travail, infime témoignage de notre immense reconnaissance et profonde admiration.

A Monsieur le Professeur THEVENOT

Chargé de Cours d'Anatomie Médico-Chirurgicale

Officier de la Légion d'Honneur

Nous avons retiré un très grand profit de ses attrayantes leçons de clinique du « lundi ». Très aimablement il nous a souvent expliqué avec une grande clarté les délicats problèmes urologiques. Nous l'assurons de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé CIBERT

Chirurgien des Hôpitaux

Nous sommes particulièrement heureux de l'honneur qu'il nous accorde en acceptant de faire partie de notre jury, le sujet de ce travail lui étant très familier. Il nous a toujours témoigné beaucoup de bienveillance. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos sentiments d'admiration et de reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé CREYSSEL

Il a été notre Maître à la Faculté où nous avons suivi avec un très vif intérêt ses cours de Pathologie Externe. Nous le remercions d'avoir bien voulu faire partie de notre jury et nous sommes heureux de lui dire notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur VERRIERE

Ex-Chef de Clinique Urologique

Il a été pour nous d'une patience infinie. Il a contribué tous les jours à notre instruction tant par son enseignement que par ses brillantes qualités d'opérateur et de clinicien. Il a bien voulu s'intéresser à notre travail, ses suggestions et ses conseils nous ont été des plus utiles. Nous le prions de croire à notre gratitude et entier dévouement.

A Monsieur le Docteur CHARRAT

Radiologue de la Clinique Urologique

Il a bien voulu nous faire bénéficier de sa grande expérience en nous initiant aux techniques radiographiques. Il s'est toujours prêté avec une grande bienveillance à notre curiosité et désir d'apprendre.

Nous l'assurons de notre gratitude et respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur R. GAYET

Chef de Clinique Urologique

Nous avons eu le plaisir et l'avantage d'être longtemps à son contact dont nous avons retiré le plus grand profit. C'est avec une réelle satisfaction que nous avons assisté à sa nomination au poste qu'il occupe avec beaucoup de talent. Il nous paraît inutile de lui formuler des vœux pour l'avenir, ses brillantes qualités en sont les meilleurs garants. Nous emporterons de lui le plus agréable des souvenirs.

A TOUT LE PERSONNEL
DE LA CLINIQUE UROLOGIQUE

Nos chaleureux remerciements.

Introduction

Voilà plus de six ans que la Résection transurétrale de la Prostate est entrée dans la pratique courante en Amérique.

Depuis l'appareil de Young, pionnier moderne de la méthode, jusqu'à nos jours, elle a suscité l'éclosion d'une florissante littérature, où s'affrontaient avec une égale ardeur, partisans, septiques et dénigrateurs. Ce n'est que peu à peu, avec les progrès incessants de l'appareillage et la publication de résultats encourageants, qu'elle se fit définitivement droit de cité.

En France on ne pouvait rester à l'écart et dédaigner pareille question. Dès 1934, notre Maître, M. le Professeur Gayet, en étroite collaboration avec son chef de Clinique, M. le Docteur Verrière, entreprit l'étude de la nouvelle méthode avec un esprit critique et une pondération qui lui font honneur.

Au cours de notre stage de quatrième année à la Clinique Urologique et dès qu'il nous fut donné d'assister à une Résection, nous avons été séduits par l'ingéniosité du procédé et avec l'assentiment de nos chefs, nous nous mêmes aussitôt au travail.

Il fallait tout d'abord compiler une documentation extrêmement abondante et connaître l'opinion et la façon d'agir des promoteurs modernes de la Résection. Et que

disaient-ils ? Que la Résection était une méthode très difficile ; qu'elle exigeait une instrumentation complète, une grande habileté opératoire et l'expérience de l'endoscopie. Cette façon de penser, ne manqua point d'influencer sur les opérateurs de la Clinique et les premiers malades présentaient surtout des barres du col, des petits lobes médians, parfois seulement, des lobes latéraux.

La question du choix de l'appareillage était d'une importance primordiale. Après avoir essayé tous ceux mis en circulation et donné de nombreuses suggestions aux constructeurs français, notre Maître adopta le résectoscope de Jacquelet, fidèle copie du Mc Carthy et le générateur de courant « Bovie ». Ils sont encore à l'heure actuelle à notre avis, ceux qui procurent le plus de confort et le maximum de garantie. Il était indispensable de les compléter, par l'adjonction d'optiques supplémentaires, le rétrograde et celui à angle droit qui permettent la vision du champ opératoire sous différentes perspectives.

Nous apportons le résultat d'un travail de deux en et demi, et les conclusions de l'expérience, laborieusement acquise, des opérateurs de la Clinique Urologique (Professeur Gayet, Docteur Verrière, Docteur R. Gayet et nous mêmes).

La technique que nous exposerons, est celle qui a été définitivement adoptée. Au début, on était à la recherche d'une voie et on obéissait aux suggestions des divers auteurs, de sorte que plusieurs procédés ont été employés. Ce n'est que lentement, et après de nombreux tâtonnements qu'on est arrivé à réunir tous les éléments en une synthèse et à créer une technique propre.

Notre but n'est pas dans ce travail, de faire une revue générale de la question Résection Endoscopique, ni de soutenir aveuglément la valeur d'un nouveau procédé, mais plus simplement d'exposer la façon dont a été étudiée cette opération, à la Clinique Urologique de Lyon. Nous étudierons très sincèrement les résultats, avec un esprit critique aussi froid que possible, en nous écartant volontairement, aussi bien d'un enthousiasme excessif, que d'un préjugé systématique.

Nous adopterons l'ordre suivant :

Chapitre premier : Traitement pré-opératoire.

Chapitre II : Manuel opératoire et technique.

Chapitre III : Traitement post-opératoire.

Chapitre IV : Les suites de la Résection : a) Suites immédiates ; b) Suites éloignées.

Chapitre V : Observations.

Chapitre VI : Complications de la Résection.

Chapitre VII : Inconvénients et avantages de la Résection

Chapitre VIII : Etude des résultats.

Chapitre IX : Indications et contre-indications de la Résection.

A la veille de quitter ce beau pays, il nous est un agréable devoir d'exprimer notre reconnaissance à nos bienfaiteurs. Nous sommes venus en France avec beaucoup d'espoirs, nous avons eu peu de déceptions. Avant même d'entrer en contact avec eux, nous connaissions de réputation plusieurs de nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux et déjà nous avions pour eux une grande admi-

ration. Ce sentiment ne fit que s'accroître auprès d'eux et devant la clarté de leur enseignement, la bienveillance de leur accueil. Nous garderons d'eux un ineffable souvenir et les prions de croire à notre profonde gratitude et respectueux attachement.

Après quatre années d'études médicales, nous aspirions d'entrer en rapports plus suivis avec un de nos Maîtres : nos vœux furent exaucés le jour où M. le Professeur Gayet nous agréa dans son service en qualité d'assistant. C'est lui qui, par son enthousiasme et la jeunesse de ses leçons, nous inculqua l'amour de l'Urologie. La finesse de son argumentation, son sens clinique, la sûreté de ses jugements, seront pour nous des exemples que nous aurons toujours présents à l'esprit et que nous nous efforcerons de suivre, toute notre vie durant. Nous avons contracté envers lui une dette de reconnaissance qui n'est pas de celle que l'on peut exprimer par des mots. Qu'il veuille bien trouver dans ce modeste travail, que nous lui dédions et dont il a sans cesse été l'animateur, une infime preuve de gratitude et de dévouement.

M. le Docteur Verrière, chef de Clinique Urologique a été pour nous un guide sûr dans cette belle et difficile spécialité. Il nous a appris à connaître le malade, à édifier un diagnostic, il nous a initié dans la pratique chirurgicale. C'est à lui que nous devons nos premières Résections et une bonne partie de nos connaissances urologiques. Il a contribué tous les jours, par ses conseils et ses encouragements, à l'accomplissements de cette thèse. Nous emporterons de lui le meil-

leur et le plus durable des souvenirs, et l'assurons de notre profonde reconnaissance.

Nos remerciements à M. le Docteur Charrat, radiologue de la Clinique, qui nous a toujours traité avec bienveillance et à MM. les Docteurs Chapuis, Latarget, Blanc, Cavailler, Desplante, Internes des Hôpitaux, qui ont été pour nous d'agréables camarades et de précieux conseillers.

Préface

La Résection transurétrale de la Prostate est une opération dont la conception première remonte loin.

Bottini en 1874 l'employait déjà, avec un succès discutable. Elle revient d'Amérique avec des principes totalement modifiés, nantie d'un appareillage moderne dont les possibilités sont énormes.

La Résection ne consiste pas à creuser une gouttière, ou un tunnel pour permettre le libre écoulement de l'urine.

Ainsi considérée elle reflète des opinions anciennes, actuellement ses aspirations sont beaucoup plus grandes.

Elle se propose d'aborder la Prostate par les voies naturelles, de réaliser à l'aide d'une instrumentation particulière une véritable prostatectomie partielle par morcellement. En d'autres termes c'est un évidemment plus ou moins avancé de la loge prostatique, selon l'importance et la situation de l'obstacle.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, nous voudrions insister sur le fait que les premières Résections pratiquées à la Clinique Urologique, étaient réalisées dans de mauvaises conditions :

1° Appareillage incomplet, insuffisant.

2° Période d'apprentissage longue et difficile, alors que l'intervention pour donner de bons résultats, exige une grande expérience.

3° Mauvais matériel humain.

N.-B. — Nous avons adopté les abréviations suivantes .

T. R. : Toucher rectal.

K. : Constante d'Ambard.

Toutes les fois que le mode d'anesthésie n'est pas indiqué sur les comptes-rendus opératoires, il est sous-entendu qu'on avait employé l'injection épidurale à la Novocaïne à 1 % en général 20 cc., accompagnée d'une anesthésie par imprégnation muqueuse du canal au moyen de 10 cc. de Larocaïne à 1 %.

CHAPITRE PREMIER

Historique

On attribue à Ambroise Paré la conception de l'abord de la Prostate par les voies naturelles, mais il ne donna à sa géniale idée aucune réalisation pratique. Le premier pas dans cette voie est accomplie par Guthrie, qui en 1834 emploie un instrument muni d'une lame coupante et rappelant l'urétrotome de Stanford, pour le traitement des rétentions d'urines dues au col vésical.

En 1836 Mercier présente son exciseur prostatique, appareil qu'il perfectionna par la suite et employa avec un certain succès. La littérature d'alors ne fait mention que de ses mérites, aujourd'hui il serait injuste de ne pas accorder la priorité à Guthrie.

Peu après, Leroy d'Etiolles, Civiale et Maissoneuve reprennent la technique, avec un appareillage plus ou moins modifié, mais répondant toujours au même principe, la section du col vésical.

Jusque là, la méthode ne connut que de rares adeptes. Ce n'est qu'en 1874 qu'elle suscite un grand enthousiasme, lorsque Bottini eut remplacé, la lame coupante par un fil de platine rougi à vif.

L'innovation était d'importance, elle permettait de lutter contre l'hémorragie, et on pouvait détruire une partie de la Prostate. Bien que l'instrument fut imparfait, puis-

que l'opération faite sans contrôle était dangereuse, il connut cependant une immense popularité, et donna quelques résultats encourageants, de sorte qu'Albarran put réunir 203 cas dans le « Traité de Chirurgie Le Dentu, Delbet ».

Freundenberg en 1894 avec son appareil, ressemblant à un lithotriteur contribua quelque peu à augmenter les succès à l'actif du traitement endo-urétrale.

Jusque là, la Résection était le propre de quelques auteurs, ceux-là même qui avaient présenté ou modifié un appareil, elle était loin de s'être divulguée.

Certaines statistiques de l'époque, atteignent une centaine de cas avec des résultats très variables, pour la plupart malheureux, souvent accompagnés de complications telles que, hémorragies graves, infections et récidives à faible distance de l'opération.

En face d'inconvénients aussi importants et alors que la prostatectomie périnéale et hypogastrique faisaient brillamment leur début au commencement de notre siècle, la méthode endoscopique, fut complètement reléguée.

Goldschmidh, en 1909, reprend l'appareil de Bottini, qu'il perfectionne considérablement.

Young, lorsque en juin 1912, il décrivit son appareil à l'American Medical Association Meeting d'Atlantic City, devait complètement transformer les données de la Résection et inaugurer une voie, point de départ d'heureux perfectionnements.

Le « Punch » primitif de Young se composait d'un tube-chemise fenêtré à son extrémité distale, destiné à coiffer la saillie prostatique. On introduisait dans la chemise de

l'appareil un tube plein et on « guillotinaît », selon la pittoresque expression de José Ma Lucener, la portion de la prostate engagée dans l'ouverture. La nouvelle technique était très ingénieuse, mais aveugle, hémorragique et d'application difficile, sinon impossible à tous les types anatomiques de Prostate.

De nombreux perfectionnements furent apportés à l'appareil, qui se vit doté d'une vision suffisante et d'un caustère destiné à arrêter l'hémorragie. Braasch, Caulk, Geraghty, Kreutzmann, Mc Carthy, Stern, Tolson et Walker en sont les préconisateurs.

En France, Luys en 1914, pratiquait son « forage », avec un appareil à vision directe au moyen d'un courant électro-coagulant. Il créait un tunnel dans la Prostate hypertrophiée, permettant l'écoulement de l'urine. Le « Forage » donna à son auteur ainsi qu'à Canny Ryall, Martin, de beaux succès, mais cet étincelage intempestif de la Prostate ne devait pas faire beaucoup d'adeptes.

L'apparition des courants diathermiques devait constituer le plus magnifique apport à la Résection, qui, à partir de ce moment entre dans ce qu'on peut dénomer sa phase moderne.

De Beer, semble avoir été le premier à proposer leur emploi à l'endoscopie.

Caulk et Davis, ce dernier surtout, s'attachent à résoudre l'ardu problème de la coupe sous l'eau. De ces efforts est née l'unité Davis-Bovie. L'appareil offrait des avantages précieux : puissant, assurant une coupe parfaite sous l'eau, permettant une coagulation rapide et efficace,

il allait permettre l'utilisation de la méthode avec le maximum de garanties.

Le résectoscope introduit par Mc Carthy à vision indirecte, auquel on adjoignit des optiques supplémentaires, rétrograde et à angle droit, était prometteur d'espoir.

Dès lors, on assista en Amérique à une grande vulgarisation de la Résection et bientôt on vit publier des statistiques dépassant les 500 interventions.

Dans certains centres hospitaliers américains on est allé jusqu'à faire 95 % de Résections contre 5 % de Prostatectomies. C'est peut-être là, un abus, mais la méthode transurétrale entraine définitivement dans la thérapeutique des dysectasies du col et de l'hypertrophie prostatique.

CHAPITRE II

Traitement pré-opératoire

C'est là, un temps capital du traitement transurétral. Son importance est telle qu'il peut assurer le succès de l'intervention. Combien d'accidents, voire même de déboires, trouvent leur explication dans une préparation insuffisante ou mal comprise ? La Résection est une véritable intervention chirurgicale, elle réclame donc comme telle une préparation soigneuse du malade et il serait très préjudiciable de spéculer sur son caractère de bénignité pour se permettre des omissions et des négligences. Car si la Résection est bénigne, elle l'est justement à cause d'un luxe de précaution nécessaire, dont on l'entoure. La méthode, entre des mains habiles, appliquée à un malade préparé selon les règles que nous allons énumérer est une intervention simple qui cessera de l'être lorsque les conditions qu'elle exige ne seront pas remplies.

Le traitement pré-opératoire, comprend des données générales applicables à tous les malades et des dispositions spéciales propres à chaque catégorie.

PREPARATION GENERALE

Tout candidat à la Résection, devra être soumis à un examen médical sérieux.

L'appareil respiratoire, circulatoire et cardiaque, urinaire, le système digestif, le système nerveux, seront l'objet d'une exploration attentive. Nous sommes particulièrement méfiants lorsqu'il s'agit de malades ayant eu des infactus, chez ceux ayant présenté des défaillances cardiaques, chez les hémiplegiques, les asthmatiques, les bronchitiques chroniques avec emphysème. Ce sont des malades fragiles pour qui même une intervention simple peut avoir des conséquences graves.

Dès que l'on aura rencontré une déficience, fût-elle insignifiante de ces appareils, on s'attachera à l'apprécier, à en noter l'importance et à y porter remède, pour que le malade puisse encourir avec le minimum de frais, l'acte opératoire.

Nous accordons un soin particulier à l'étude du système urinaire supérieur et inférieur. L'urée sanguine systématiquement recherchée, la constante d'Ambard très souvent consultée, renseignent utilement sur la valeur fonctionnelle des reins. Nous complétons ces investigations par la recherche de l'albumine et des œdèmes. Ces tests nous paraissent amplement suffisants mais dans certains cas douteux, nous n'hésitons pas à recourir à d'autres tels que : l'épreuve de la phénol-sulfone-phthaléine, le taux des chlorures sanguins, le rapport chloro-globulaire et chloro-plasmatique. L'importance de tous ces examens est manifeste ; ils permettent en outre de savoir si on peut mesurer la résistance des sujets ou plutôt de leurs reins en les soumettant à l'épreuve de la polyurie expérimentale, pendant les deux jours qui précèdent l'intervention. Elle consiste dans l'administration de boissons abondantes, deux à trois

litres en moyenne, tisanes de préférence, que le malade devra éliminer en majeure partie, lorsqu'il réagit favorablement. Cette épreuve ayant en outre l'avantage de faire un nettoyage mécanique du champ opératoire.

PREPARATION PARTICULIERE

Tels sont les soins pré-opératoires que nous appliquons à tous nos malades, mais qu'il est nécessaire de compléter lorsqu'il s'agit d'urémiques, d'infectés, de dysuriques, de rétentionnistes et de pollakiuriques.

LES UREMQUES

Quels sont les moyens dont nous disposons pour modifier favorablement de tels sujets ? Ils se résument dans la sonde à demeure et la cystostomie, comme traitement de base, les lavages de vessie, les antiseptiques et certains médicaments, comme adjuvants.

La sonde à demeure fréquemment employée doit, pour donner les résultats qu'on est en droit d'en attendre, obéir à des règles précises.

On choisira une sonde de moyenne grosseur, molle, en caoutchouc et percée de plusieurs orifices. Elle sera solidement attachée au moyen d'un adhésif à la portion dorsale de la verge et au pubis, de telle sorte que la partie inférieur du méat reste complètement libre et en communication avec l'extérieur. La mise en place d'une sonde à demeure doit se faire le plus aseptiquement possible : désinfection soigneuse des mains de l'opérateur, nettoyage du méat urétral avec un tampon imbibé d'une solution de

Dakin et introduction non traumatisante, afin de ne pas créer des portes d'entrée microbiennes.

Ces précautions apparaissent indispensables, lorsqu'on songe qu'un certain nombre de malades sont des infectés précisément parce qu'ils ont été sondés à plusieurs reprises.

La sonde ne doit pas aboutir directement dans un urinal placé entre les jambes du malade, cela aboutirait à un certain degré de réplétion du récipient, à une égalité de niveau avec le milieu vésical et à une source immédiate et constante d'infection.

Au moyen d'un raccord en verre stérilisé, adapté à l'extrémité terminale de la sonde, que l'on prolonge par un long tube de caoutchouc, l'urine se déversera dans un bocal propre contenant une solution antiseptique, placé sur la barre latérale du lit. Il sera nécessaire de veiller à ce que le tube de caoutchouc ne soit jamais coudé et que la sonde ne soit pas bouchée, dans les deux cas le drainage ne serait plus assuré, et la stagnation aidant l'infection serait imminente. Outre la surveillance constante qu'elle exige, cette disposition présente un inconvénient à moins de n'employer que des lits neufs, les anciens se creusant sous le poids du malade, amenant la vessie presque au même niveau que le bocal. Une solution pratique serait l'emploi de l'urinal type d'Escat ou Duchâtel. Ils peuvent sans inconvénient être placés entre les jambes du malade et communiquer avec la sonde par l'intermédiaire d'un raccord stérile et d'un petit tuyau en caoutchouc qui ne baignera pas dans l'urine à cause de la forme particulière de ces vases. Ils présentent un autre

intérêt, celui de supprimer le siphonage qui peut se faire dans le premier dispositif et qui est responsable de l'hémorragie, dans certaines vessies ultra-sensibles.

Les urémiques sont traités par la sonde à demeure, le repos au lit et le régime. Dans la plupart des cas les résultats sont satisfaisants et un nouveau dosage fait à quelques jours d'intervalle du premier, donne une baisse notable du taux de l'urée sanguine qui se trouve ramenée à la normale ou au voisinage de celle-ci. Tous nos malades bénéficient du traitement par la sonde à demeure, c'est-à-dire que nous estimons qu'une urémie supérieure à 1 gramme n'est pas forcément, comme on l'a prétendu, rebelle à cette thérapeutique et nous ne faisons pas dans ces cas une cystostomie d'emblée. Il nous est arrivé de voir baisser assez rapidement et par ce seul mode de traitement, des chiffres excédant 1 gramme. Par contre il existe des azotémies de 0 gr. 60 ou 0 gr. 90, irréductibles par la sonde à demeure.

Lorsque ce moyen de drainage s'avère impuissant ou si les résultats se font trop attendre contribuant ainsi à prolonger la durée d'hospitalisation, c'est à la cystostomie qu'il faut avoir recours.

Dans tous les cas on pourra adjoindre une médication adjuvante : boissons abondantes, diurétiques, sérum, insuline à faible dose, hépatrol, quinuryl, etc.

LES INFECTES

Ici encore la sonde à demeure est un précieux agent thérapeutique à condition d'être employée dans les formes que nous avons précisées.

Nous voudrions avant d'entrer dans le plein du sujet, envisager la question de l'opportunité des lavages vésicaux, et de la ligature des déférents chez les malades de cette catégorie.

1° Lavages de vessie.

Certains auteurs témoignent une grande répugnance à leur emploi. A notre avis elle n'est point justifiée et à part quelques rares malades très sensibles comme les pollakiuriques par cystite, nous ne leur trouvons pas de contre-indication. Au contraire, les lavages antiseptiques à faible dose ne peuvent qu'influencer favorablement les infectés surtout dans le cas de vessie diverticulaire.

2° Ligature des déférents.

Nous traitons la question plus loin, sous un angle général ; en ce qui concerne les infectés il serait désirable de leur lier les déférents plus facilement qu'on ne le ferait s'il s'agissait d'autres malades. Ils font plus communément des orchites et ce serait leur rendre service en leur évitant pareils ennuis et à si peu de frais.

On liera les déférents avant ou aussitôt après la mise en place de la sonde à demeure.

Les malades infectés nous arrivent souvent avec des températures subfébriles, des frissons, parfois avec des poussées pyélonéphritiques. Habituellement au bout de quelques jours de traitement, et des lavages vésicaux au nitrate d'argent, à l'oxycyanure de mercure ou des deux alternés à raison d'un ou de deux par jour et par l'administration d'antiseptiques urinaires tels que le salol, l'urotropine, le bleu de méthylène, le piri-pyridium, l'urotropine

ou la septicémie par voie intra-veineuse, les urines s'éclaircissent graduellement, la température redevient normale.

Il n'en est pas de même chez les infectés chroniques où les échecs sont plus nombreux et les améliorations beaucoup plus lentes à obtenir.

Lorsqu'au bout de quelques jours de traitement, la température n'a pas tendance à baisser et que les urines restent troubles au même degré, il faut se demander si l'infection vésicale n'est pas entretenue par un calcul ou si elle n'est pas due à une poche diverticulaire. Dans ces cas, seule une thérapeutique appropriée peut agir efficacement.

Les infectés chroniques sont pourtant justiciables de la sonde à demeure car il n'est pas rare d'avoir assez rapidement de bons résultats et on est toujours à temps de pratiquer une cystostomie en cas d'échec.

Si, sans être complètement limpides, les urines se sont bien éclaircies, si le malade est apyrétique, nous nous jugeons en sûreté et nous avons dans pareilles circonstances fait une ou plusieurs résections sans avoir eu à déplorer des ennuis.

Certains auteurs, les Américains surtout, font beaucoup de reproches à la sonde et l'accusent d'infecter les malades. Nous connaissons ces cas où malgré toutes les précautions d'asepsie et une surveillance constante, des prostatiques à urine claire, s'infectent rapidement après le sondage.

Malgré cela nous persistons à employer la sonde à demeure car ces malades sont relativement peu nombreux.

alors qu'elle possède à son actif de beaux succès et qu'elle évite une intervention qui, malgré son intérêt, diminue considérablement les avantages de la Résection.

Par contre nous n'hésitons pas à pratiquer une cystostomie lorsque le simple drainage par les voies naturelles s'est montré insuffisant, a infecté le malade ou si les résultats ne doivent être obtenus qu'avec beaucoup de temps et de patience, ce qui retrancherait encore un des avantages de la Résection.

Jusqu'à présent nous n'avons pas eu en vue les malades présentant un écoulement urétral purulent, les prostatites mollasses avec des lésions suppuratives ou de péri-prostatite. Chez ces malades, nous estimons que la sonde à demeure est inapte à faire un drainage suffisant et nous pratiquons d'emblée la cystostomie.

Dans tous les cas, que l'on accorde la préférence à l'une ou à l'autre des méthodes, il ne faudra jamais réséquer un malade infecté surtout s'il présente de petites poussées thermiques.

LES DYSURIQUES

Ces malades doivent à notre avis être réséqués le plus tôt possible si les conditions requises le permettent. La sonde à demeure ne nous paraît indiquée chez eux que s'ils sont obligés de faire vraiment de gros efforts pour uriner, dans le but de les soulager à moins que ce ne soit des infectés.

Ici la conduite à suivre est simple : boissons abondantes, antiseptiques urinaires, préparation très active afin d'éviter à la vessie son surplus de travail de tous les jours.

LES RETENTIONISTES

Ils doivent être traités par la sonde à demeure. On fera s'il est nécessaire des lavages de vessie et on agira ensuite selon les résultats et l'état du malade. Bien entendu dans les cas de rétention chronique incomplète avec distension, l'évacuation sera obtenue avec les précautions de lenteur et d'asepsie indispensables pour éviter les hémorragies *a vacuo* et surtout les coups de néphrite aiguë si dangereuse en pareil cas.

LES POLLAKIURIQUES

Il y a lieu de distinguer avec Fey les pollakiuriques par dysurie et les pollakiuriques par cystite.

Chez les premiers la sonde à demeure est à conseiller uniquement parce qu'elle apporte un soulagement au malade. Elle serait, par contre, nettement indiquée s'il existait de gros résidus. Chez les seconds il est nécessaire de mettre la vessie au repos par la sonde qui permettra aussi les lavages vésicaux répétés. On s'attachera à calmer les malades, on utilisera abondamment les antiseptiques urinaires. Il est capital de ne pas intervenir tant que la cystite persiste car non seulement elle ne disparaît pas après la Résection comme c'est le cas pour les dysuriques mais elle se trouve particulièrement aggravée.

Chez certains dysuriques et dans quelques cas, plutôt que d'utiliser la sonde à demeure il est préférable de faire un sondage deux fois par jour.

Avant de terminer ce chapitre, nous voudrions insister sur le fait que la Résection n'est jamais une intervention d'urgence, que l'on peut et doit faire une préparation

méticuleuse du malade, d'où la nécessité d'un service approprié et d'un personnel infirmier nombreux et bien entraîné.

LA LIGATURE DES DEFERENTS

Les orchites de la sonde sont connues de tous les urologues, et la Résection peut parfois les donner.

Plusieurs auteurs pour éviter cet ennui qui retarde la guérison et prolonge la durée de l'hospitalisation, ont préconisé systématiquement la ligature des déférents, opération simple et se faisant sous anesthésie locale. Ces arguments nous paraissent logiques et plusieurs de nos malades ont été ainsi opérés ; cependant il nous paraît excessif de prendre systématiquement cette précaution. Le pourcentage des orchites après Résection est peu élevé, il atteint dans notre statistique le chiffre de 4 et nombreux sont les malades qui réfléchissent ou qui refusent lorsqu'il est question de deux petites interventions supplémentaires.

CHAPITRE III

Manuel opératoire et Technique

Avant d'entrer dans le détail de l'instrumentation et de la technique, nous aborderons un certain nombre de points qui nous paraissent dignes d'intérêt, en soulignant dès à présent que la Résection est une véritable opération, qu'elle doit être faite selon les règles de la chirurgie et avec une minutieuse technique prévoyant les dangers et ne laissant rien au hasard.

RESERVOIR ET EAUX D'IRRIGATION

La pression de l'eau doit être convenablement réglée ; la suspension du bock entre 1 m. 25 et 1 m. 50 au-dessus du plan du malade nous paraît donner un jet suffisant et non traumatisant. L'installation, à la Clinique Urologique, comprend un bock en verre stérilisé, constamment muni d'un couvercle en métal et alimenté par le stérilisateur central. Le remplissage est commandé par un robinet et se fait au fur et à mesure des besoins ou continuellement par un mince filet d'eau qui ne risque pas de faire déborder le récipient. Un long tube en caoutchouc auquel est adapté un robinet stérile relié à la partie inférieure de celui-ci, conduit l'eau au robinet d'entrée du résectoscope.

On peut encore, comme cela est réalisé dans certains appareils américains, aménager la commande d'eau par

l'intermédiaire de la pédale du générateur.

A défaut d'une installation aussi parfaite, on peut comme cela se fait dans plusieurs cliniques lyonnaises, utiliser deux réservoirs en verre, d'une contenance moyenne de 15 litres chacun, munis de robinets stérilisés reliés entre eux et conduisant à un tuyau unique.

L'eau de lavage doit être bouillie ou mieux encore stérile et il est bon d'en avoir une peu calcaire, quitte à la filtrer au préalable, dont la dureté soit faible pour ne pas gêner la qualité du courant électrique. En un mot, l'installation sera conçue de telle sorte que le maniement en soit facile, le fonctionnement régulier et qu'elle ne puisse à aucun moment gêner l'opérateur.

DISPOSITION DU MALADE ET DES INSTRUMENTS

Le malade ne doit jamais gagner la salle d'opération par ses propres moyens mais y être transporté sur un chariot et confortablement installé.

Nous nous attachons à procurer au malade le maximum d'aise, car il est important de lui donner une position de repos pendant une intervention dont on ne peut à l'avance fixer la durée, et pour qu'il ne puisse, si l'anesthésie est l'épidurale, par de brusques mouvements et changements de position gêner l'opérateur et provoquer de fausses manœuvres.

Nos malades sont placés en position demi-assise, légèrement renversés, les jambes et les cuisses engainées dans des bottes de flanelle, les pieds tenus écartés par un lien lâche fixé à la table et les talons reposant sur des étriers

aménagés de telle sorte que la flexion des jambes ne soit pas fatigante.

La table d'opération sera reliée à la terre pour éviter la condensation électrique.

S'il est nécessaire d'aménager le confort du malade, celui du chirurgien est non moins important.

Le générateur électrique et la source d'éclairage, pile ou accumulateur, seront placés à sa gauche. A droite, sur une table à portée de la main et recouverte d'un linge stérile on alignera les différentes parties du résectoscope dans leur ordre d'emploi. A côté on placera des tampons, une cupule contenant un lubrifiant, vaseline ou glycérine stériles, le nécessaire d'anesthésie, la gamme des béniqués, enfin des petits champs. Le tout sera disposé de façon que l'opérateur puisse à tout moment se saisir sans difficultés de l'objet dont il a besoin.

On tiendra tout prêt à être utilisé un second résectoscope avec tous ses accessoires, c'est là une précaution *indispensable* car malheureusement les pannes d'appareil les plus diverses sont loin d'être rares et l'on est parfois l'esclave de ces instruments. Que l'on s'imagine une panne rendant au cours de l'opération le seul appareil que l'on possède inutilisable, au moment même où une longue hémostase est rendue nécessaire par un écoulement sanguin abondant. Ce n'est point là une vue de l'esprit, tous les opérateurs de la Clinique Urologique ont connu ces ennuis.

Enfin, deux aides seront constamment présents à la salle d'opération, l'un aura pour tâche de surveiller le malade, l'autre dirigera les manettes du générateur s'il

s'agit de la petite unité Bovie, suivant les besoins de l'opérateur pour la coupe ou l'hémostase et contrôlera le remplissage du bock laveur.

INSTRUMENTATION

La qualité et le bon fonctionnement des appareils sont les agents indispensables du succès d'une résection endoscopique. C'est dire toute l'importance et les soins que l'on doit apporter à leur choix. A la Clinique Urologique où tous les appareils ont été mis à l'épreuve de la façon la plus impartiale, la préférence a été donnée à l'unité Bovie et au résectoscope de Jacquelet, fidèle copie du type Mc Carthy, tous deux très en usage aux Etats-Unis d'Amérique. Seul le système à éclateur peut fournir un courant de haute fréquence, capable d'assurer sous l'eau une coupe et une hémostase parfaites.

Le générateur Bovie, où le courant coupant et le courant coagulant sont indépendants, nous a donné pleine satisfaction, mais nous nous demandons après avoir vu opérer avec l'unité Davis, où l'on peut associer à volonté les deux courants, si elle ne présente pas de gros avantages en ce qui concerne l'hémorragie. Le maniement de cette dernière unité est beaucoup plus commode, point n'est besoin de changer les manettes et cela permet de supprimer un aide, pour obtenir l'un ou l'autre des courants. C'est l'opérateur lui-même qui en appuyant sur une pédale à double commande obtient le courant désiré. Le fait de pouvoir rendre le courant sectionnant légèrement coagulant est d'un gros intérêt parce que la plupart des

coupes sont exsangues et l'on n'est pas ainsi obligé de faire l'hémostase à chaque moment ou d'être réduit à une moins bonne visibilité si on ne l'entreprend qu'en fin d'opération. On a reproché à ce système d'altérer par l'addition des courants coagulants, la qualité de la coupe. Il échappe croyons-nous à la critique, et ceux qui l'emploient nous l'ont confirmé, car le courant coupant fourni par l'appareil est puissant et l'on peut encore l'intensifier si besoin est, sans préjudice aucun. Par contre, il nous est arrivé comme il en est fait mention dans les comptes-rendus opératoires d'être obligés d'interrompre une séance parce que le générateur fournissait un courant presque uniquement coagulant. Mais que l'on utilise l'un ou l'autre de ces appareils, il est capital qu'il soit alimenté par une ligne à débit régulier, les variations d'intensité du courant auront pour effet d'en rendre le fonctionnement defectueux.

Le résectoscope type Me Carthy à vision indirecte et à optique fort-oblique présente des avantages indéniables sur les autres appareils. De maniement simple, il permet de bonnes prises sur la saillie prostatique, la section de fragemnt de bonnes tailles et des coupes régulières. Le système de l'anse est particulièrement heureux pour l'hémostase. Il nous paraît inutile d'en faire la description, son emploi s'étant assez répandu en France. Cependant le résectoscope de Jacquemet seul, serait incomplet et on a tout intérêt, comme nous le faisons, à lui adjoindre deux optiques supplémentaires, le rétrograde et celui à angle droit. La vision du véru-montanum dont nous verrons tout à l'heure l'importance, du col et de l'adénome sous

des incidences différentes permet une étude à plus grande échelle et plus complète de l'obstacle, dont l'image sera reproduite par un dessin, qui devra s'imprégner dans l'esprit de l'opérateur car le champ du fore-oblique est limité.

Le rétrograde offre une vision de haut, de l'obstacle, comme si l'œil placé à l'intérieur et au fond de la vessie regardait le col.

L'optique à angle droit donne une vision à 90°, sorte de perspective sur la saillie prostatique.

L'intérêt de ces optiques consiste non seulement dans l'étude de l'obstacle avant l'opération, mais encore dans les renseignements fournis au cours de celle-ci sur les progrès accomplis, sur la nécessité de poursuivre ou d'interrompre la résection du tissu prostatique, de façon beaucoup plus précise que ne le ferait le fore-oblique seul.

Le matériel d'anesthésie, une grosse sonde, une seringue pour lavage de vessie, des béniqués, des champs stérilisés, compléteront l'instrumentation de la résection.

ANESTHESIE

La résection étant une opération bénigne, il ne faudrait pas s'adresser à une anesthésie présentant des risques. La question a été et est encore un sujet de divergence d'opinion des auteurs. Parmi les anesthésies dont on dispose, générale, par imprégnations locales, l'épidurale, la rachi-anesthésie, laquelle faut-il choisir ?

Nous éliminons d'emblée l'anesthésie générale et les instillations locales, la première ne cadrant pas avec le caractère de simplicité de l'intervention et n'étant indiquée que tout à fait exceptionnellement, la seconde étant absolument insuffisante. Il reste donc à discuter de l'opportunité de l'épidurale et de la rachi-anesthésie. Ce sont les deux voies employées habituellement et c'est la première qui réunit la majorité des suffrages. Notre Maître lui donne la préférence parce qu'elle est plus bénigne et procure en général une anesthésie suffisante et d'assez longue durée.

Cependant, nous croyons devoir formuler quelques objections. Lundy qui en a fait une étude approfondie conclut que la voie épidurale tout comme la rachidienne, provoque un abaissement de la tension artérielle et un affaissement du plancher périnéal. Les petits accidents lipothymiques, avec pâleur, tachycardie, sensation de mort imminente, quoique sans gravité aucune ne sont ni rares ni agréables. Mais, reproche plus grave, l'anesthésie épidurale est quelquefois nulle ou nettement insuffisante et le malade réagit plus ou moins violemment à chaque passage de courant. On est alors, ou bien obligé d'opérer dans de mauvaises conditions ou bien de remettre la fin de l'intervention à une autre séance ou encore de recourir à l'anesthésie général, comme nous avons été contraints de le faire à deux reprises.

Nous avons employé et sans le moindre accident l'rachi-anesthésie en nous entourant des précautions suivantes : bonne tension artérielle, piqûre dans le 4^e-5^e espace intervertébral, collection du liquide céphalo-rachi-

dien sans aspiration, réinjection très lente et sous très faible pression, petite quantité d'anesthésique (4 egr.). Quoique partisans de l'épidurale, nous avons utilisé la voie rachidienne, chez des malades pusillanimes et lorsque nous prévoyions une opération longue et difficile, parce qu'elle est d'un grand repos à la fois pour le malade et pour le chirurgien.

Une injection de caféine et d'éphédrine est faite aussitôt après l'anesthésie.

DESINFECTION DES ORGANES GENITAUX

Tout acte chirurgical commande l'asepsie ; ce principe doit s'appliquer à la résection. Les poils du pubis et du scrotum sont rasés. Ces parties nettoyées avec un tampon imbibé de savon liquide ainsi que le gland et les parties sous-balaniques. Toutes ces régions sont soigneusement passées au mercuro-chrome à l'alcool, jusqu'au périnée. Au moyen de trois petits carrés stériles placés l'un sur l'abdomen et descendant jusqu'à la racine de la verge, deux latéralement sur les cuisses, recouvrant les bourses et fixé par des pinces, on isole le champ opératoire externe.

PREPARATION DU CANAL. CONTROLE DES INSTRUMENTS

L'anesthésie aura commencé à agir et on en profite pour dilater l'urètre. Même chez les malades qui n'ont jamais eu de rétrécissement, cette précaution est indispensable, vu le gros calibre de la chemise du résectoscope. Si le

méat présente un rétrécissement ou oppose une résistance au passage des premiers béniqués, il ne faut pas hésiter à pratiquer une méatotomie. La dilatation sera poussée jusqu'au béniqué n° 60 de l'ancienne graduation. Cette manœuvre se fera avec la plus grande douceur car ici plus encore que s'il s'agissait d'une dilatation simple, il est important de ne point traumatiser l'urètre et le col. Il serait en effet désagréable, en face d'un écoulement sanguin ainsi provoqué, de commencer une résection par la coagulation et avant même d'avoir fait la première entaille. La douceur et des instruments abondamment lubrifiés mettent à l'abri de tels ennuis. L'urètre est prêt à recevoir l'appareil, il faut passer au contrôle de l'éclairage et du générateur. Le débit de la pile ou de l'accumulateur relié à la lampe sera augmenté progressivement jusqu'à obtention d'un éclairage satisfaisant. Le générateur qui aura déjà été réglé par un aide, sera vérifié une dernière fois et on s'assurera que tous les éclateurs fournissent une belle étincelle d'égale grandeur. On veillera à ce que les fils de ces deux sources soient lâches, car fixés au résectoscope, ils devront suivre toutes ses impulsions sans tiraillement aucun.

ETUDE ENDOSCOPIQUE DE L'OBSTACLE

Faut-il faire de ce temps l'objet d'un examen antérieur à l'intervention ou doit-il précéder immédiatement celle-ci ?

Lorsqu'on était à la période de début à la Clinique Urologique, le malade était soumis à un examen uréthro-cysto.

scopique à un assez grand intervalle de l'opération. Mais à ce moment, on était à la période d'apprentissage, les indications opératoires étaient plus restreintes et il fallait doser très soigneusement tous les éléments de la décision à prendre. Actuellement, nous croyons — et c'est l'opinion de beaucoup d'auteurs — que l'urétro-cystoscopie doit être faite immédiatement avant la Résection.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance d'un tel examen, car il est, en dehors des conditions de l'état général, avec le toucher rectal, un élément capital qui dictera la conduite à tenir : méthode transurétrale ou son abstention. De plus, la connaissance parfaite du col, du type d'hypertrophie auquel on va s'attaquer, le repérage du véru-montanum, sont des exigences inséparables de toute Résection. De non moindre intérêt est l'exploration vésicale qui peut mettre en évidence un bas-fond, une muqueuse à cellules et à colonnes, témoignage d'une lutte contre l'obstacle, un uretère forcé, un diverticule, un calcul, ces deux derniers pouvant faire différer ou contre-indiquer la Résection.

Cet examen, dont nous venons de retracer brièvement les caractères, se fera dans un ordre déterminé.

Après avoir abondamment lavé la vessie, on commencera par l'explorer et l'on notera la situation et le volume des veines, qui pourront être une cause d'ennui. On pourra à ce moment, lorsqu'il en existe, fulgurer un petit polype ou extraire un petit calcul au moyen de la pince forceps. On passera ensuite au col, plus exactement à sa partie inférieure ; on peut se trouver en présence d'un col augmenté de volume en hauteur, sans autre modi-

fication. Souvent, la partie inférieure ne présente plus sa convexité normale et forme des irrégularités ou s'élève en une barre. Celle-ci peut être comparée à une sorte de mur blanchâtre de hauteur variée, contrastant avec une portion plus sombre qui correspond à la vision du fond de la vessie. Les irrégularités peuvent se conglomerer sur la partie médiane ou latérale du col, lui donnant un aspect crénelé. A un degré plus avancé, elles aboutissent à la formation d'un lobe médian, empiétant légèrement de côté, soit à droite, soit à gauche. Celui-ci, de dimension variable (petit, moyen ou grand) présente une image en éventail ou en massue.

Avant de se porter sur les côtés, il faut rechercher minutieusement les lobes sous-cervicaux et les lobes antérieurs ; leur vision est plus délicate et il est nécessaire de les connaître, car s'ils passent inaperçus, leur persistance peut être une cause d'échec de l'intervention. Ils apparaissent en avant du col, plongeant dans l'urètre, constituant une saillie plus ou moins appréciable. Les lobes antérieurs sont une trouvaille exceptionnelle.

Sur les côtés, on rencontre des modifications uni ou bilatérales, allant de la petite irrégularité jusqu'à la grosse saillie, se tenant exactement sur le col, se déversant dans l'urètre, la vessie ou dans les deux à la fois.

Tels sont les divers aspects sous lesquels apparaissent à l'étude endoscopique les différents types de prostate. Certains d'entre eux, tels que les barres, les lobes médians, les petits lobes latéraux, sont fréquents, alors que la grosse saillie est plutôt rare chez les malades qui vont être soumis au traitement endo-urétral. L'opérateur s'at-

tachera minutieusement à l'examen des caractères de l'obstacle prostatique : forme, aspect d'ensemble, inclinaison, et il les aura présents à l'esprit lorsqu'il opérera dans un espace restreint.

Nous avons décrit tous les types anatomiques d'obstacle que l'on peut avoir à traiter au cours d'une Résection, mais ils ne se trouvent pas réunis chez un même malade ou, si cela est, éventualité rare, la voie endoscopique est contre-indiquée. Habituellement, on se trouve en présence d'un des groupes suivants :

1° Obstacle siégeant sur le col ou dans l'urètre (maladie du col, barre, adénome, lobe médian) ;

2° Obstacle siégeant sur la partie antérieure du col (lobe antérieur : exceptionnel) ;

3° Lobes latéraux uni ou bi-latéraux associés ou non à une saillie au niveau de la partie inférieure du col ;

4° Lobes sous-cervicaux, sans lobes latéraux, sans modification du col, mais le plus souvent co-existant avec un obstacle du col, des lobes latéraux ou les deux à la fois.

Une fois l'étude de la vessie, du col et de l'urètre postérieur terminée, l'opérateur classe le type d'obstacle qui se présente à lui dans l'un des groupes décrits.

En dernier lieu, on ramène l'instrument sur la partie inférieure du col jusqu'au niveau du rebord de la saillie, puis on le retire d'un mouvement lent et progressif jusqu'à la vision du veru-montanum. On mesure ainsi à la vue et au moyen du doigt externe qui note le trajet parcouru par l'urétroscope l'allongement de la fossette sus-montanale, indice de l'hypertrophie. Avant de terminer, il faut cal-

culer approximativement le poids du tissu à réséquer, le nombre de coupes nécessaires à faire dans le sens antéro-postérieur, transversal, et en profondeur.

Le veru-montanum, aboutissant des canaux excréteurs de la prostate, est un repère qu'il faut souvent consulter au cours d'une Résection. C'est lui qui indique la zone dangereuse dans laquelle on ne doit pas pénétrer sous peine d'encourir les risques d'une perforation et les ennuis de l'incontinence. C'est donc là un point capital qu'il ne faut jamais oublier, d'autant plus que le veru-montanum est facile à repérer lorsqu'on a une certaine expérience de l'endoscopie de l'urètre postérieur. On veillera à ne point détruire une zone aussi importante, car non seulement on ne pourrait juger convenablement de la fin de l'opération, mais on se trouverait sans directives si on intervenait ultérieurement.

Ceci fait, on commence à posséder presque tous les éléments qui vont permettre de procéder à la Résection. On retire l'urétroscope pour le remplacer par la chemise du résectoscope. L'introduction se fera sous la conduite du mandrin avec bec relevable qui devient ainsi plus aisé et moins traumatisante. On se souviendra que l'on manipule un instrument rectiligne, que l'urètre des prostatiques est souvent dévié, parfois sinueux, et qu'il faut agir avec douceur. On retire le mandrin et on laisse couler l'eau pendant un bon moment, puis on adapte à la chemise du résectoscope, en vue d'un nouvel examen, successivement les optiques, rétrogrades, à angle droit et, en dernier lieu, le fore-oblique. Nouvelle exploration de toutes les parties du col et du veru-montanum, aussi

minutieuse que la première et comme si elle n'avait pas encore été faite. Le fore-oblique, optique normal du résectoscope, donnant une image différente de celle des autres, il est important de s'y adapter puisque c'est à travers son incidence que l'on opérera désormais.

Tous ces préparatifs demandent une demi-heure environ, temps au bout duquel l'anesthésie doit être parfaite, ce qui permet de commencer la résection. L'optique et l'anse coupante sont introduits dans la chemise du résectoscope que l'on relie au générateur du courant. On remplit la vessie d'eau sans la distendre et on établit un courant continu.

RESECTION PROPREMENT DITE

Où faut-il commencer la section ? Il est logique d'abaisser en premier lieu la partie inférieure et médiane du col, car on aura ainsi un plus grand horizon sur les côtés. Le bec de flûte, partie terminale du résectoscope, est amené au-dessus de la région à couper, et l'anse, sans aller trop loin, est appliqué sur le versant vésical de la saillie. L'opérateur appuie sur la pédale placée à proximité du pied, en même temps qu'il imprime de la main gauche une légère pression sur l'appareil de haut en bas et, en agissant sur la crémaillère d'un mouvement lent, ramène l'anse de dedans en dehors, en interrompant le courant aussitôt qu'elle a fini sa course. On retire l'optique de l'anse, l'eau s'écoule teintée en rouge, entraînant le fragment réséqué qui peut aussi rester adhérent au fil. L'aide s'empare du

copeau et le place dans un flacon. Le fragment présente des dimensions de 0 cm. 5 à 3 cm. de longueur, de 5 mm. de large et de 3 à 5 mm. d'épaisseur. On peut aussi, quand le morceau réséqué n'est pas très adhérent, le rejeter à l'intérieur de la vessie, ce qui fait gagner du temps, mais il faut alors chasser l'eau trouble avant de reprendre la coupe.

On se porte à nouveau sur le même point où on voit nettement le sillon que l'on vient de creuser. Il est rare que cette brèche soit suffisante, à moins qu'il ne s'agisse de barres peu élevées ou de petites irrégularités, et s'il n'y a pas un écoulement sanguin important, on refait sur le premier trajet une plus profonde rigole, en manipulant comme précédemment. L'intérêt de repasser l'anse coupante sur le même trajet vient de ce que cela peut tarir un suintement sanguin donné par la coupe précédente et que l'on peut en un seul temps effectuer le travail nécessaire sur une région donnée, travail que l'on contrôlera par rapport au véru-montanum. Ceci est l'idéal, mais il arrive fréquemment qu'on ne puisse aboutir ainsi à cette fin, gêné que l'on est par les tissus voisins. Dans ce cas, on se porte à côté et on poursuit la destruction de la saillie. S'il se produit une hémorragie importante qui trouble profondément le milieu vésical, empêchant la vision, on est en droit de faire la coagulation du point saignant. L'hémostase est retardée le plus longtemps possible et cela n'est pas un ennui lorsqu'on a une certaine expérience, car la coagulation a pour effet de durcir le tissu prostatique en un bloc compact où la coupe est malaisée, parfois impossible.

Si au début de l'opération, à l'occasion de chaque coupe, il résulte une hémorragie abondante à propos de laquelle on est forcé d'intervenir, on varie l'intensité du courant et, si cela n'apporte aucune modification, il est bon de battre en retraite et de terminer la résection en coagulant aussi soigneusement que possible. Cette grande facilité à l'hémorragie peut provenir d'une prostate congestive qui contre-indique l'intervention ou d'une anomalie sanguine qu'il est nécessaire de dépister par la recherche du temps de saignement et de coagulation. Si ces examens confirment la seconde hypothèse, on cherchera à modifier les terrains en vue d'un second essai qui, s'il se révèle identique au premier, doit être interrompu. De tels ennuis sont heureusement fort rares et, généralement, la résection s'accomplit sans que l'on soit ainsi arrêté.

Lorsque l'opérateur juge avoir suffisamment réduit l'obstacle, il retire le résectroscope jusqu'à vision du veru montanum et examine le col. L'ablation du tissu prostatique à la partie inférieure du col a été suffisante, si du *veru-montanum* on voit, sans qu'il y ait d'interception, le fond de la vessie. On refait ce même examen avec les optiques rétrogrades et à angle droit qui indiquent de façon plus précise que le fore-oblique, s'il est besoin de refaire quelques sections ou de régulariser certaines portions ou si le but est atteint. Dans ce cas, avant de s'attaquer à une autre saillie, il faut pratiquer une hémostase aussi méticuleuse que possible puisqu'on délaisse définitivement cette région. On repère le vaisseau qui saigne et on y applique l'anse sur laquelle on fait passer le courant coagulant. On ne doit pas coaguler toute une surface pour

atteindre un vaisseau, ni faire un étincelage intempestif. Cela conduirait à la formation d'une escarre qui, au moment de sa chute, donnera lieu à une hémorragie secondaire.

Cette tâche accomplie, supposons que l'on ait à détruire un lobe sous-cervical. Les principes qui doivent guider sa résection sont identiques, mais il faut ici redoubler de précaution, car on est à proximité du veru-montanum. Aussi l'anse ne devra pas suivre une longue course, mais abraser par petits coups. Lorsqu'on croit avoir suffisamment aplani le lobe, on recommence le même geste que tout à l'heure, c'est-à-dire contrôle au niveau du repère et avec les divers optiques, quitte à recommencer si le résultat ne répond pas aux exigences de la technique, enfin, l'hémostase soigneuse de la région.

Au cas où on se trouve en face de deux lobes latéraux, par lequel faut-il commencer ? On peut agir à sa guise ; il n'y a point de règle qui dicte le choix de l'un ou de l'autre, mais nous conseillons de s'attaquer d'abord au côté droit, car la section y est plus difficile si l'opérateur est droitier, parce qu'on est obligé de prendre des positions inconfortables, plus fatigantes à la fin de l'intervention. La section doit débiter sur la partie supérieure d'une saillie latérale, car si on commençait par détruire la base, le lobe basculerait, deviendrait mobile et l'anse entamerait mal les tissus prostatiques. Ici, on ne dispose pas de repères, si bien que lorsqu'on atteint une certaine profondeur, on risque de sectionner les fibres sphinctériennes et d'avoir une incontinence ; c'est alors qu'apparaît la nécessité de se représenter nettement à l'esprit une image

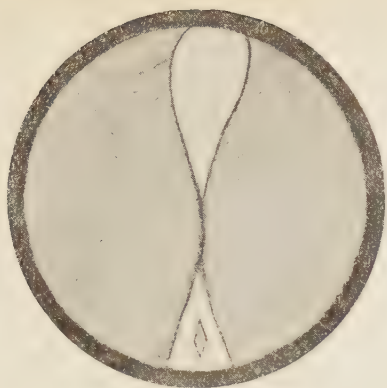
d'ensemble de l'aspect du col, fourni par un examen minutieux, avant l'opération.

On arrêtera la course de l'anse coupante à une zone qui correspond à peu près au niveau du veru-montanum. Il faut encore ici le consulter, lorsque le lobe est réduit à une faible hauteur. La section du tissu doit être arrêtée *si du veru-montanum on a une vision nette du fond et de la face latérale de la vessie* ou des deux faces, s'il n'existe pas de lobe gauche.

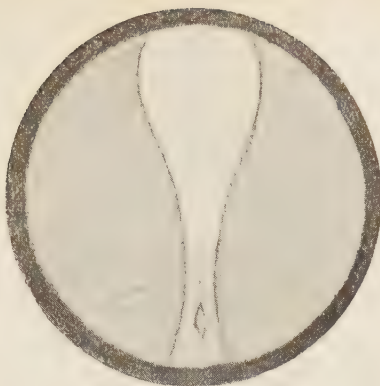
La destruction d'un lobe gauche se fait d'après les mêmes principes.

La section du tissu terminée, il reste encore au chirurgien une dernière tâche et ce n'est pas la moins importante : l'hémostase finale. On a exagéré, selon nous, l'importance de l'hémorragie ; elle est un ennui de la méthode, nous n'en disconvenons pas, mais l'opérateur expérimenté, bien outillé, peut et doit en être constamment maître.

La vessie étant pleine, le robinet d'entrée et de sortie d'eau étant tantôt fermé, tantôt ouvert, on explore attentivement toutes les parties du col et on repère les hémorragies en nappes et en jets, que l'on fulgure au fur et à mesure, juste au point d'écoulement. Il arrive parfois que malgré un examen minutieux on ne découvre aucune zone hémorragique alors que le malade saigne assez abondamment ; c'est le plexus veineux de la partie supérieure du col qui est peut-être en cause. S'il en est ainsi, on retourne l'anse vers la partie supérieure du col et patiemment, car cela est difficile, on s'attache à tarir les vaisseaux blessés par l'appareil. L'hémostase n'est point une manœuvre aisée et il faut souvent de longs moments



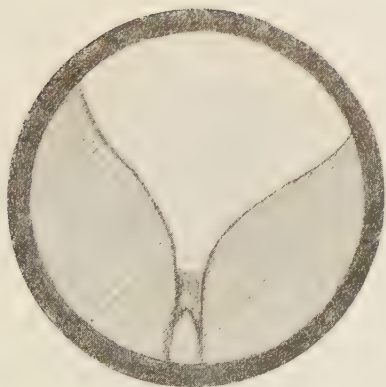
Observ. 51
Deux lobes latéraux
Aspect avant résection
Demi-schématique



Observ. 51
Aspect après résection
Demi-schématique



Lobe latéral bi-lobé
et petite irrégularité
Demi-schématique



Observ. 38
Aspect avant résection
Demi-schématique



Observ. 38
Aspect après résection
vu du veru-montanum
Demi-schématique



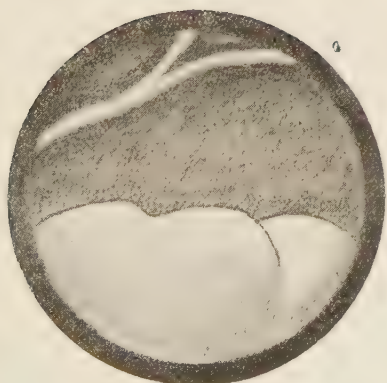
Barre du col
Demi-schématique



Barre du col et lobe latéral
Demi-schématique



Lobe médian et lobe latéral
Demi-schématique



Lobe médian
Demi-schématique



Deux lobes latéraux
Demi-schématiques

pour obtenir l'arrêt complet de l'écoulement sanguin; nous ne saurions trop conseiller de ne jamais terminer une résection sans avoir fait une hémostase qui, sans être intempestive, doit être parfaite, si bien que l'eau de lavage sorte claire.

Avant de retirer le résectoscope, on fait dans la vessie pleine une aspiration avec un appareil quelconque on a rejeté systématiquement les copeaux prostatiques dans la vessie. Dans tous les cas on explore celle-ci avec la pince forceps et on recherche des fragments qui auraient pu y rester. Il est important de ne pas en abandonner, car ils se nécrosent et sont une source d'infection du malade. On retire de la chemise du résectoscope que l'on remplace par une grosse sonde en caoutchouc ou en gomme et on fait un petit lavage pour s'assurer que le malade ne saigne pas.

Si malgré tous les efforts on n'a pu arrêter complètement une hémorragie ou si on est forcé de négliger un écoulement sanguin au niveau du veru montanum, pour ne pas le détruire, il est bon de faire un lavage à l'eau chaude additionnée d'antipyrine dont on laissera une partie dans la vessie.

On fixe solidement la sonde et on ramène le malade enveloppé de draps chauds dans son lit.

INCIDENTS ET ACCIDENTS OPERATOIRES

Ils sont dûs : 1° au matériel; 2° aux malades.

a) INCIDENTS DUS AU MATÉRIEL

La lampe brûlée constitue un petit ennui courant qu'il est facile de réparer. Plus grave est la panne de courant électrique. La salle d'intervention est brusquement plongée dans l'obscurité et l'opérateur arrêté en pleine activité.

Les variations de l'intensité du courant et la baisse de tension sont plus fréquentes, elles retentissent sur le générateur qui débite un courant coagulant mal et coupant en même temps. Le mauvais réglage du générateur aboutit aux mêmes effets.

Les courts-circuits dans l'appareil sont une mauvaise surprise et pour le malade et pour le chirurgien. Ils se voient surtout au moment de la coagulation et se révèlent par une étincelle brusque. Il faut contrôler tout l'appareillage pour dépister la cause ; changer de lampe et d'optique.

Lorsque la section du tissu ne se fait pas du tout ou se fait mal, on doit avant d'incriminer la source électrique, vérifier l'anse; celle-ci peut se casser ou simplement se dévisser.

Enfin, une eau trop dure peut, elle aussi, altérer les qualités du courant.

b) INCIDENTS DUS AU MALADE

L'introduction du résectoscope, facile habituellement, peut être très laborieuse, parfois impossible, dans les malformations de l'urètre, les déviations conséquentes à une rupture ancienne, et chez les coxalgiques.

Le bec de l'instrument peut créer une fausse route et transpercer la prostate si on n'agit pas avec douceur.

L'anesthésie insuffisante est un ennui assez fréquent lorsqu'on a recours à l'épidurale. Le malade ressent le passage du courant et l'opérateur peut être amené à terminer l'opération sous anesthésie générale.

Les prostates molasses et congestives saignent facilement de façon assez abondante ; nous avons indiqué la conduite à tenir à cet effet. En dehors de ces cas, l'hémorragie importante est rare et on peut la traiter immédiatement.

Il est des prostates dures, scléreuses, qui se prêtent très mal à la coupe. On sera obligé de repasser plusieurs fois sur le même sillon, d'exercer une plus forte pression sur l'appareil et d'augmenter l'intensité du courant coupant.

La suppression du veru montanum est une faute regrettable dont nous avons énuméré les conséquences.

ACCIDENTS OPÉRATOIRES

Graves, mais heureusement très rares, ils sont au nombre de deux :

La perforation de la vessie par l'anse coupante, et *son éclatement* sous l'influence des gaz accumulés au moment de la section, ou par une distension vésicale exagérée.

CHAPITRE IV

Traitement post-opératoire

L'opéré est remis dans son lit dans la position habituelle et selon l'anesthésie employée. On vérifie immédiatement le bon fonctionnement de la sonde, au moyen d'un petit lavage chaud et on dispose celle-ci selon l'un des modes que nous avons indiqué. Elle sera ainsi maintenue durant une huitaine de jours; nous avons l'habitude de ne la supprimer que rarement avant le sixième jour de l'intervention, car elle met la vessie et le col au repos et permet une rapide cicatrisation des surfaces éruantées. Les sondes rigides sont irritantes; on les remplacera au bout de 48 heures, par une molle en caoutchouc. Dans tous les cas il ne faut pas hésiter à changer de sonde, au moindre dysfonctionnement.

On surveillera la couleur des urines. Il est habituel même après une hémostase très soignée que les urines du malade soient rosées le soir et le lendemain de la résection. Mais elles doivent s'écouler librement. On peut négliger ces petits suintements sanguins s'il n'existe pas d'obstruction, car la perte de sang est minime et il s'arrête spontanément. Mais il est plus sage d'instituer une médication hémostatique et à notre avis la plus efficace est fournie par l'emploi de l'Antéma et de l'Ergotine au 1/10, ainsi que les lavages chauds à l'antipyrine. Si les

urines sont franchement sanglantes, on adoptera une attitude plus énergique en variant et en multipliant les coagulants, en faisant des lavages de vessie chauds à l'antipyrine et en comprimant la zone hémorragique au moyen d'une grosse sonde. Quoique ne mettant pas la vie du malade en danger, ces hémorragies immédiates importantes sont ennuyeuses car elles affaiblissent le malade et prédisposent à l'infection. Elles ne doivent pas se produire et sont à la base d'une faute de technique dont la plus commune est l'hémostate incomplète. Si celle-ci est préjudiciable, l'excès de fulguration l'est encore davantage et aboutit à l'hémorragie tardive ou secondaire. L'écoulement sanguin plus ou moins abondant qui se produit n'est jamais grave, mais nécessite une intervention énergique. On appliquera le traitement médical et s'il s'avère inefficace ou insuffisant, on descendra le malade à la salle d'opération et sous anesthésie on recherchera au moyen du résectoscope introduit dans la vessie, les points hémorragiques que l'on coagulera modérément, mais jusqu'à ce que le malade ne saigne plus.

Comme nous l'avons dit, l'ennui de l'hémorragie peut donc être évité et le premier soin après la résection doit être de prévenir l'infection et de la combattre efficacement si malgré tout elle s'installe. Les moyens à employer sont identiques à ceux qui ont servi à préparer le malade. On donnera des boissons abondantes, tisanes, eau lactosée, qui font un lavage de dedans en dehors. Quotidiennement on administrera par la bouche des antiseptiques urinaires, salol, bleu de méthylène, isolés ou mieux encore en association. Les lavages de vessie seront conti-

nués au malade qui en avait déjà bénéficié et à tous les opérés, si les urines se troublent.

La température peut rester à la normale ; en général il se produit une ascension de quelques 10° et les crochets brusques sont plutôt rares et tombent rapidement. En cas de fièvre élevée, il faut redoubler de précautions et voir si elle n'est pas due à une sonde bouchée, déplacée ou arrachée par le malade ou à des fragments de prostate en putréfaction dans la vessie. Dans tous les cas, on pourra installer un lavage par goutte à goutte continu, au moyen d'une sonde à double courant et faire des injections intraveineuses d'urotropine ou de septicémine. Tous les efforts doivent tendre à empêcher la contamination des voies urinaires supérieures qui peut parfois emporter le malade en quelques jours, surtout lorsqu'il s'agit d'opéré fragile.

Le traitement de la pyélo-néphrite, complication peu fréquente, obéit aux directives habituelles.

L'orchite que l'on peut prévenir comme nous l'avons dit par la ligature des déférents se rencontre assez rarement ; c'est un incident fâcheux qui retarde la guérison et prolonge la durée d'hospitalisation. Le traitement consistera dans la sonde à demeure, la suspension des bourses que l'on enduira d'une pommade révolutive et calmante et dans les petits lavements quotidiens à l'antipyrine.

L'élévation du taux de l'urée sanguine après la résection est rare, mais il en est de fatale et une thérapeutique des plus énergiques sera mise en œuvre.

Les malades devront garder le lit au moins jusqu'au moment où la sonde urétrale étant supprimée, la miction spontanée se rétablit et si l'état général le permet. Celui-ci doit être l'objet, de la part du chirurgien de soins appropriés. Les vieillards affaiblis, les cardiaques, les pulmonaires, ceux présentant des déficiences rénales, méritent une attention particulière. On veillera à ce que les malades ne se refroidissent pas et on fera un ample usage de coramine et de toniques généraux.

Au bout de six jours, si le malade est apyrétique, ses urines claires ou peu troubles, on supprime la sonde urétrale et la miction spontanée doit pouvoir se rétablir. Il est préférable de faire uriner les malades debout, car il en est qui ne peuvent s'accommoder dans la position horizontale. Aussitôt après, on s'assure de l'absence ou de la présence d'un résidu et on s'inquiète des caractères de la miction. A-t-elle exigé des efforts ou se fait-elle librement ? Le malade a-t-il des brûlures du canal et la sensation de plénitude de la vessie ? Le jet est-il fort, gros ou filiforme et faible ? Il est habituel les premiers jours qui suivent l'ablation de la sonde que les malades soient obligés de faire des petits efforts pour utiner et qu'ils gardent un résidu parfois important, 200 cc., mais celui-ci baisse progressivement au fur et à mesure que la vessie reprend sa contractibilité, que l'œdème disparaît, et que le col se réadapte à ses fonctions un moment interrompues. Si la miction est très difficile ou impossible, si les résidus, mesurés à plusieurs reprises augmentent au lieu de diminuer, c'est que la résection est insuffisante et

que l'obstruction persiste, nécessitant une nouvelle intervention.

Pour connaître les résultats de la résection chez un opéré porteur d'une sonde de cystostomie, on bouche celle-ci au moyen d'une pince, puis on se conduit comme précédemment. Si le but a été atteint, on remet une sonde urétrale et on active la cicatrisation de l'orifice de cystostomie.

Quelques-uns des opérés peuvent présenter pendant un certain temps, de l'incontinence d'urine. On ne s'alarmera pas car elle est toujours passagère. On en écourtera la durée en donnant de la strychnine par voie buccale et en faisant des instillations au nitrate d'argent à 1/500 dans l'urètre postérieur.

Les malades urinant facilement et n'ayant qu'un faible résidu, peuvent en général quitter la clinique deux semaines en moyenne après l'intervention. La plupart d'entre eux présenteront pendant quelque temps une légère pollakiurie et des urines un peu louches, que l'on continuera à traiter par les antiseptiques. La surveillance médicale est de rigueur au moins dans le mois qui suit la résection.

En cas d'échec d'une première séance, on préparera de nouveau le malade en tâchant de tirer parti des renseignements qu'on aura acquis et en tenant compte des susceptibilités individuelles.

CHAPITRE V

Les suites de la Résection

SUITES IMMEDIATES

Le choc opératoire est pratiquement inexistant et le malade que l'on a ramené dans son lit présente généralement un faciès normal. Parfois, et cela ne tient pas au choc, mais à une anesthésie incomplète ou à la pusillanimité de l'opéré, les traits sont tirés et des sueurs profuses recouvrent le corps. Ce n'est que les malades à mauvais état général, affaiblis, tarés, qui réagissent à l'intervention, encore que les réactions soient en général bénignes si elles ne s'accompagnent pas de complications importantes.

La température, qui reste parfois à la normale, s'élève habituellement le soir et les quelques jours qui suivent l'acte opératoire. Les grandes poussées thermiques sont relativement peu fréquentes.

L'hémorragie immédiate (nous appelons ainsi celle qui suit de près la Résection), est assez fréquente.

Elle n'est point grave, car le plus souvent peu abondante, elle se réduit chez la plupart des opérés, à de petits suintements sanguins colorant les urines en rose ou en rouge clair, et cèdent rapidement en face d'une médication hémostatique énergique.

Les urines que l'on avait réussi à éclaircir avant la Résection se troublent généralement pendant quelque temps. L'infection peut se limiter à la vessie ou quelquefois en franchir les limites et se localiser à d'autres organes.

Lorsque, après la suppression de la sonde urétrale, le malade recouvre la miction, celle-ci n'est pas toujours immédiatement normale. La fréquence des mictions, la vessie se vidant incomplètement se voient assez habituellement mais on a l'agréable surprise dans la plupart des cas de voir les malades uriner moins souvent et les résidus diminuer rapidement en importance. Il peut arriver, surtout lorsqu'on n'a pas une grande habitude de la méthode que l'on soit obligé de faire une nouvelle séance devant des résultats nettement insuffisants. Un bon nombre de nos observations, refètent fidèlement les faits que nous venons d'énoncer.

SUITES ELOIGNEES

Quelques-uns des malades en quittant l'hôpital n'ont pas encore recouvré un état urinaire parfait. Ils urinent spontanément et sans être obligés de pousser, mais leurs uriens restent troubles, leurs mictions fréquentes et on leur trouve des résidus supérieurs à 50 cc. Il est remarquable de voir que ces symptômes disparaissent assez vite lorsque ces malades ont regagné leur domicile. Il y a là une influence néfaste indéniable du milieu hospitalier.

Malheureusement, à côté des améliorations, il y a aussi le retour des symptômes qui avaient porté les malades à consulter la première fois. Après avoir uriné normale-

ment pendant un temps variable plus ou moins long, ils voient les urines se troubler, la pollakiurie s'installer, les résidus augmenter et parfois la rétention se produire. L'obstacle prostatique avait été incomplètement réduit.

Les malades peuvent être aussi ramenés pour une hémorragie secondaire. Celle-ci est due à la chute d'escharre et se produit du 9^e au 30^e jour et requiert un traitement énergique.

Comme on le voit, les suites d'une résection quoique le plus souvent sans gravité, ne sont pas toujours simples.

Cependant, il est un fait certain qui mérite d'être souligné, l'habileté et l'entraînement de l'opérateur sont des facteurs très importants de sécurité de la méthode.

CHAPITRE VI

Observations

Observation I.

(Opérateur : Professeur GAYET)

P... Vincent, 59 ans.

Traité à la Clinique de Dermatologie pour impétigo généralisé, d'où on l'envoie dans le service pour pollakiurie et dysurie datant d'un an.

Opéré en 1912 à l'Hôtel-Dieu, on ignore la nature de l'intervention pratiquée.

Urée sanguine : 0,37 0/00 ; K : 0.88.

Toucher rectal : prostate atrophique de consistance normale, et à contours réguliers.

15 mars 1934. *URETRO-CYSTOSCOPIE*.

Muqueuse vésicale saine dans l'ensemble. La portion inférieure du col est nettement convexe ; sur le versant vésical surplombe une saillie, pareille à un petit mamelon.

18 mars 1934. *RESECTION*.

Plusieurs sections à la partie inférieure du col redonnent l'aspect normal. La destruction de la saillie s'avère longue et délicate, mais les différents temps de l'intervention s'opèrent sans difficultés notables. Poids : 2 gr. de tissus prostatiques.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima 37°5.

Les mictions s'effectuent sans efforts, elles ne sont ni impérieuses, ni fréquentes, et la vessie se vide complètement.

24 mars 1934. Quitte le service en parfait état urinaire, soit six jours après l'intervention.

Observation II.

(Opérateur : Professeur GAYET)

M... Pierre, 70 ans.

Rétention d'urine complète après une chute avec perte de connaissance. Trois mois avant cet accident, le malade vit apparaître des troubles urinaires : pollakiurie nocturne, dysurie, urines troubles.

A l'entrée vessie très distendue, douloureuse. Gros disque d'albumine.

Urée sanguine : 0,38 0/00 ; K : 0,103.

8 mars 1934. *CYSTOSTOMIE*. Suites normales.

20 mars 1934. *RESECTION*. Appareil de Papin.

Le col est nettement convexe et oppose une résistance au passage du résectoscope. Légère saillie en bloc de la prostate.

Sans incident aucun on creuse sur la partie médiane de la prostate une rigole arrondie. Poids : 2 gr.

SUITES. Température maxima après l'intervention : 37°5.

Dès ablation de la sonde, mictions spontanées mais exigeant des petits efforts. A deux reprises, gros résidus.

La première résection a été insuffisante.

14 avril 1934. *DEUXIEME RESECTION*.

Appareil de Papin. On creuse et on élargit la brèche obtenue lors de la première intervention. Pas d'incidents opératoires. Poids : 1 gr. 50.

SUITES IMMEDIATES. Aucune réaction, thermique ou générale. On ne peut apprécier les résultats de l'opération, le malade étant encore porteur d'une sonde abdominale.

16 juin 1934. On intervient pour fermeture de l'orifice de cystostomie.

28 juin. Phlébite du M. I. gauche.

10 juillet. Les urines sont spontanément émises et sans difficulté aucune. Il n'existe plus de résidu.

Observation III.

(Opérateur : Professeur GAYET)

B., Laurent, 48 ans.

Troubles dysuriques depuis un mois. Mictions lentes, durant plus de cinq minutes, l'urine s'écoulant goutte à goutte malgré les efforts du malade. Après la miction, le malade accuse la sensation de plénitude et ressent des pesanteurs dans la vessie. Pollakiurie nocturne intense, parfois le malade doit se lever toutes les heures. Les urines sont cependant claires.

Orchite récente complètement guérie.

22 mai 1934. Les urines sont sanguinolentes. Résidu : 150 cc. Pas de rétrécissement de l'urètre, l'explorateur n° 22 passant sans difficulté. Constante d'Ambard : 0.072.

Toucher rectal : prostate paraissant normale.

On prépare le malade pour une résection.

28 juin. RESECTION au Papin sous anesthésie épidurale et locale à la Butelline.

Barre prostatique. Bas-fond vésical très accentué.

On résèque facilement la barre prostatique par une incision en gouttière. La lame du Papin est passée deux fois successivement sur une longueur de 15 mm. Poids : 3 gr. 50.

Sonde à demeure.

SUITES IMMEDIATES. Ablation de la sonde le sixième jour.

Le malade urine spontanément et sans aucune difficulté. Température maxima après résection : 37°5.

Résidu de 50 cc. qui disparaît progressivement.

3 juillet. Résidu insignifiant. Excellent état, mictions normales. Le malade quitte le service.

Observation IV.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

B... Jean-Baptiste, 70 ans.

Envoyé par son médecin pour rétention incomplète.

Début il y a trois mois par des difficultés à la miction, pollakiurie prononcée, urines troubles.

Examen cardio-pulmonaire : souffle systolique. Râles à la base gauche.

Toucher rectal : prostate hypertrophiée dans ses deux lobes, de consistance uniformément molle.

Urée sanguine : 0,49 0/00.

8 août 1934. On fait une *CYSTOSTOMIE*.

La sonde fonctionne normalement ; les suites opératoires sont simples, les urines s'éclaircissent peu à peu.

5 septembre 1934. On fait une cystoscopie qui montre une barre prostatique.

RESECTION avec l'appareil de Papin.

Les coupes sont bonnes. Pas d'incidents opératoires. Sonde à demeure. Poids : 1 gr. 50.

SUITES IMMEDIATES. Complications pulmonaires, défaillance cardiaque.

Le malade meurt le 15 septembre.

Examen de la vessie : La barre prostatique a été réséquée. Présence de deux lobes prostatiques volumineux qui rendaient l'intervention illusoire.

Observation V.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

V... Alexandre, 65 ans.

A l'âge de 60 ans, petits signes de prostatisme s'intensifiant et se caractérisant progressivement jusqu'à amener un accident de rétention complète.

Incontinence par regorgement, urines troubles, vessie distendue.

Troubles gastro-intestinaux. Urée sanguine : 0,73 0/00 ; K : 0,184.

Toucher rectal : la prostate, qui était à l'entrée très grosse, a sensiblement diminué de volume, mais reste néanmoins hypertrophiée.

27 août 1934. *CYSTOSTOMIE*. Suites normales.

11 septembre 1934. *FORAGE DU COL*. Cette opération est considérée comme n'ayant amené aucune modification de la prostate.

22 septembre 1934, RESECTION avec l'appareil de Papin. On aperçoit très nettement une barre et un petit lobe médian. On fait à plusieurs reprises des sections intéressant ces deux régions sans pouvoir toutefois les détruire complètement. Poids : 2 gr. 25.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima après résection : 37°8. Pas d'hémorragie.

Le forage et la résection n'ayant apporté aucun soulagement au malade, on décide de faire une prostatectomie.

2 décembre 1934, *PROSTATECTOMIE.* On trouve une petite prostate dont le lobe médian, assez développé en forme de cerise pédiculée, est amputé d'une bonne portion.

Le clivage en est assez facile. Les suites opératoires sont bonnes.

Malgré la prostatectomie, les mictions ne sont pas encore normales ; résidu : 60 cc.

CYSTOSCOPIE. Présence de deux poches faisant soupçonner deux diverticules.

13 janvier 1935. Le malade quitte le service, résidu : 50 cc.

12 mars 1935. Vu à la consultation. Pas de résidu.

Observation VI.

(Opérateur : D^r VERRIÈRE)

C... Emilio, 50 ans.

Pollakiurie diurne et nocturne, polyurie et dysurie.

Ces symptômes sont apparus après une laparotomie que justifiaient des douleurs gastriques.

Amaigrissement de 7 à 8 kgs, asthénie marquée.

Point douloureux à l'épigastre droit.

Urée sanguine : 0,23 0/00.

Toucher rectal : prostate de grosseur et de consistance normales.

15 novembre 1934. *URETRO-CYSTOSCOPIE.*

Col surélevé dans sa partie médiane. Présence d'une barre prostatique.

23 novembre 1934. RESECTION.

Avec l'appareil de Papin on pratique quelques sections

intéressant la saillie et la barre. Poids : 3 gr. 50.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima après résection : 37°8.

Les urines des trois premiers jours sont hémorragiques.

Après ablation de la sonde, le malade urine sans difficultés et vide complètement sa vessie.

28 novembre 1934. Quitte le service à cette date, soit cinq jours après l'intervention.

7 mars 1935. Vu à la consultation : mictions normales, résidu 8 cc.

SUITES ELOIGNEES. 10 décembre 1937. Mictions absolument normales, urines claires, résidu : 5 cc.

Observation VII.

(Opérateur : D^r VERRIÈRE)

D... Claude, 68 ans.

Mictions entrecoupées par l'émission de caillots de sang. Aucun signe de prostatisme ; rétention brusque.

A l'entrée, la vessie était percutable à cinq travers de doigts au-dessus du pubis.

Urée sanguine : 0,35 0/00.

Toucher rectal : petite prostate bien délimitée, de consistance normale.

20 septembre 1934. *URETRO-CYSTOSCOPIE.*

Présence de deux petits lobes latéraux. Tumeur infiltrée sur la partie latérale droite de la vessie, au-dessus de l'orifice urétral droit, qui reste entr'ouvert.

24 septembre 1934. Fulguration de toute la tumeur vésicale. Suites normales. Le malade quitte le service et y revient le 23 novembre 1934 pour dysurie très marquée survenue sans autre symptôme.

28 novembre 1934. *RESECTION.*

Bel aspect de la muqueuse vésicale, mais il existe quelques vestiges de la tumeur que l'on détruit facilement.

Avec l'appareil de Papin on fait de bonnes prises sur les portions latérales du col jusqu'à régularisation complète.

L'hémostase est bonne, il n'y a aucun suintement sanguin. Poids : 5 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima après la résection : 38°. Après ablation de la sonde, les mictions sont spontanées et n'exigent aucun effort, les résidus sont nuls.

Observation VIII.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

A. M..., 55 ans.

Amené dans le service en rétention d'urine complète.

Interrogatoire impossible, le malade étant seul et ne parlant pas le français.

Vessie percutable à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Cœur : assourdissement des bruits, arythmie, tachycardie. Pas de rétrécissement de l'urètre.

Urée sanguine : 1 gr. 10 0/00.

T. R. Prostate atrophiée de consistance normale.

25 juillet 1934. Cystostomie d'urgence. Suites normales.

25 août 1934. Le malade va bien, rentre chez lui et revient dans le service trois mois après.

5 décembre 1934. Tentative de résection.

Grosse prostate en saillie dans la vessie, mais on ne peut caractériser des lobes latéraux ; on distingue nettement une barre prostatique.

11 décembre 1934. RESECTION au Mc Carthy.

On se sert d'une sonde diathermique pour creuser beaucoup plus profondément une rigole à la partie inférieure de la prostate. On provoque de légères lésions vésicales et on n'arrive pas au but que l'on s'était proposé.

A deux reprises différentes séparées par un intervalle de dix-huit jours on pratique une résection avec l'appareil de Papin. La barre est détruite et on enlève au niveau de la saillie prostatique plusieurs fragments dont certains sont volumineux. Poids : 1 gr. 50 et 2 gr.

SUITES IMMEDIATES. Toutes ces interventions ont été très bien supportées. Le maximum de température a été

38°2. Lorsqu'on supprime la sonde urétrale, le malade urine spontanément mais avec difficulté et l'urine s'écoule par l'orifice de cystostomie.

12 février 1935. URETROSCOPIE et RESECTION. Le malade présente un petit lobe supérieur qui s'insinue en haut et qui est probablement la cause de l'échec. On essaye de le réséquer, mais on n'y arrive que très imparfaitement, l'appareil de Papin se montrant insuffisant. Poids : 1 gr. 25.

2 mars 1935. Température 38°5. Douleur lombaire droite. Rein droit perceptible. Urée sanguine : 1 gr. 90 0/00.

25 mars 1935. Orchite bilatérale.

28 mars 1935. Absès scrotal.

1^{er} avril 1935. Urines très troubles. Température à 40° ; cystostomie de dérivation.

4 avril 1935. Température normale.

13 avril 1935. Urée sanguine : 4 gr. 03 0/00. Coma urémique. Mort.

Observation IX.

(Opérateur : D^r VERRIÈRE)

P... Louis, 68 ans.

Rétention aiguë après avoir présenté pendant quelques jours de la difficulté à la miction et de la pollakiurie.

Antécédents bacillaires. Bacilliose pulmonaire évolutive.

Urée sanguine : 0,30 0/00 ; K : 0,108.

T. R. Grosse prostate ; le lobe droit plus dur, plus volumineux, enchasse deux petits nodules.

4 septembre 1934. CYSTOSTOMIE.

Les suites opératoires sont simples, mais le malade est très affaibli et cyanosé.

6 octobre. Quitte le service pour convalescence, son état s'étant amélioré.

14 novembre. Revient à cette date et est soumis à des dilatations urétrales.

19 janvier 1935. RESECTION. Sous-rachianesthésie.

Barre prostatique et petit lobe droit.

La section de vingt-cinq fragments permet de détruire la barre et d'aplanir la saillie. Poids : 1 gr. 90.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 37°8. Petite hémorragie le soir de l'intervention.

On ne peut connaître les résultats de la résection, l'orifice de cystostomie étant très lent à se fermer.

31 janvier 1935. Fermeture de l'orifice de cystostomie.

14 février 1935. Le malade urine sans difficulté aucune ; résidu : 80 cc.

26 février 1935. Œdème des pieds plus important à gauche où l'on remarque sur le rebord interne une petite plaque de sphacèle. Résidu : 42 cc.

26 février 1935. Gros disque d'albumine ; résidu : 20 cc.

18 mars 1935. Mictions normales, résidu nul, persistance de l'œdème. Le malade est envoyé à Longchène.

Observation X.

(Opérateur : Professeur GAYET)

B... Antoine, 57 ans.

Troubles urinaires pendant trois mois ayant augmenté progressivement et amené l'hospitalisation.

Scoliose à 17 ans. Blenno. à 20 ans bien traitée. Rhumatisme articulaire aigu à 25 ans. Douleurs gastriques après les repas.

Cœur : souffle systolique à la pointe se propageant à l'aisselle. Tension artérielle 18/9.

Urée sanguine : 0 gr. 60 0/00.

A l'entrée, la vessie, très distendue, remontait à l'ombilic. Résidu : 800 cc.

Toucher rectal : prostate hypertrophiée, bien délimitée, non indurée.

7 décembre 1934. *CYSTOSTOMIE.*

20 décembre 1934. Température 39°. Urines très troubles ; souffle doux et râles crépitants à la base pulmonaire droite. Base pulmonaire gauche très encombrée.

7 janvier 1935. Température normale.

25 janvier 1935, RESECTION sous-rachianesthésie.

On creuse un large et profond « chenal » dans un croupion prostatique dans lequel il est malaisé de reconnaître barre et lobes. Petite hémorragie que l'on ne peut complètement maîtriser par la coagulation. Pas de sonde à demeure. Poids : 4 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima après résection : 38°2. Après l'intervention on place une sonde urétrale à demeure pendant quatre jours.

Mictions normales, un seul résidu de 15 cc. Quitte le service avec un bon état général une semaine après l'opération.

28 mars 1935. Vu à cette date à la consultation. Urine sans difficultés, pas de résidu.

Observation XI.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

T... Urbain, 70 ans.

Hospitalisé à l'Hospice de vieillards des Charpennes, où, pendant un an, il a présenté des troubles urinaires d'origine prostatique, ayant aboutis à la rétention aiguë complète.

Système nerveux : hémiplegie gauche ; paralysie faciale.

Poumons : bronchite, dyspnée, submatité des bases.

Cœur : bruits sourds, arythmie complète.

Urée sanguine : 0,23 0/00 ; K : 0,12.

T. R. Grosse prostate uniformément hypertrophiée, dure.

La prostatectomie est jugée dangereuse vu l'état du malade et malgré le volume de la prostate on décide de pratiquer une résection après cystostomie.

25 février 1935. Cystostomie : suites normales.

21 mars 1935. RESECTION avec l'appareil de Phelip.

Grosse barre prostatique, deux volumineux lobes latéraux.

Les sections que l'on fait ne sont pas franches, le coagulant étant aussi coagulant. Malgré cela on arrive à enlever bon nombre de fragments et on espère que la résection sera suffisante. Poids : 2 gr.

SUITES IMMEDIATES. Température normale, mais à deux reprises crochets à 39°. Mictions spontanées mais nécessitant quelques efforts ; la vessie se vide incomplètement.

La résection n'a pas considérablement amélioré le malade et le toucher rectal montre encore une grosse prostate.

20 mai 1935. Fermeture de l'orifice de cystostomie.

21 mai 1935. Le malade ne peut uriner seul durant toute cette journée.

25 mai 1935. DEUXIEME RESECTION.

La barre a été partiellement détruite et les lobes latéraux paraissent intacts.

De bonnes prises permettent la section complète de la barre ; au niveau des lobes latéraux, on résèque hâtivement une vingtaine de fragments. On aurait pu pousser plus loin la section, mais on ne veut pas trop prolonger l'opération. Poids : 4 gr. 50.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 38°5 le soir de l'intervention ; normale les jours suivants.

Tantôt mictions normales, tantôt rétention presque complète.

Le malade refuse une nouvelle résection et préfère la cystostomie définitive.

11 juin 1935. Cystostomie, mise en place d'une sonde de Pezzer.

Observation XII.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

V... Antoine, 73 ans.

Amené dans le service avec une sonde à demeure à la suite d'une rétention aiguë.

Se plaignait depuis un an de dysurie intermittente, de pollakiurie très accusée.

Au cœur : les deux bruits sont éclatants.

Les pupilles en myosis réagissent très facilement aux deux modes.

Urée sanguine : 0,47 0/00. K : 0,11.

On essaye d'enlever la sonde à demeure, mais le malade n'urine pas spontanément.

T. R. Prostate moyennement hypertrophiée, renittente et régulière.

25 avril 1935. RESECTION. Appareil de Toury, résectoscope de Mc Carthy.

Vision nette d'une barre prostatique, et deux lobes latéraux. On fait huit sections sur la barre, une sur le lobe droits et deux sur le gauche. Le malade ne saigne p'us après coagulation énergique. Poids : 6 gr.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima après résection : 38°2.

La miction est spontanée pendant les deux jours qui ont suivi l'ablation de la sonde ,mais impossible ensuite. Remise d'une sonde à demeure durant deux jours après lesquels la miction redevient normale, malgré un résidu de 125 cc.

Le malade quitte le service promettant de revenir dans un mois.

SUITES ELOIGNEES. 13 novembre 1937. Les mictions sont absolument normales. Les urines sont à peine louches, le malade se lève une fois la nuit. Résidus nuls.

Observation XIII.

(Opérateur : Professeur GAYET)

P... Pierre, 80 ans.

Malare amené d'urgence à l'hôpital en état de rétention d'urine avec mictions par regorgement.

Il avait déjà présenté un accident de rétention ayant nécessité plusieurs sondages ; dysurie très marquée, pollakiurie intense (20 fois la nuit).

Température subfébrile, assez bon état général.

Urée sanguine : 0,17 0/00 ; K 0,09.

T. R. Prostate atrophié en forme de barre, de consistance ferme.

1^{er} avril 1935. *CYSTOSTOMIE.* Mise en place d'une sonde de Marion.

Les jours qui suivent, le malade est très infecté, température 39°2, 39°8. La sonde ressort tous les matins.

On est obligé d'intervenir sous anesthésie générale : repérage de l'orifice de cystostomie et mise en place d'une sonde re Pezzer. Il existe un décollement de l'espace de Retzius.

Thérapeutique énergique de désinfection vésicale jusqu'à obtention d'urines claires.

3 mai 1935. **TENTATIVE DE RESECTION.** Impossibilité de faire pénétrer le résectoscope dans la vessie. Le malade est régulièrement dilaté et on arrive à passer le beniquer n° 60.

11 juillet 1935. **RESECTION.**

Malgré la dilatation avancée à laquelle le malade a été soumis, l'appareil passe difficilement. Le malade gêne considérablement l'opération, il s'agite et crie constamment.

Bonne hemostase. Poids: 3 gr.

SUITES IMMEDIATES. Mictions normales. Résidus nuls.

Observation XIV.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

D... Lucien, 64 ans.

Envoyé par son médecin pour rétention aiguë survenue brusquement avec miction par regorgement.

Blénno. à 23 ans. B. W. très positif.

Urée sanguine : 0,48 0/00.

Signes d'emphysème. Arythmie cardiaque, deuxième bruit bruit éclatant. S'est toujours levé deux fois pour uriner, puis pollakiurie intense (toutes les vingt minutes environ); dysurie ; globe vésical remontant au-dessus de l'ombilic. Les urines sont claires.

Toucher rectal : prostate nettement hypertrophiée bombant dans le rectum.

Le malade est sondé deux fois par jour.

14 mai 1935. **RESECTION.**

Anesthésie épidurale à la scurocaïne insuffisante complétée par un Schleich.

Il existe une barre curviligne à concavité supérieure et deux lobes latéraux.

On fait une série de prises au niveau de la lèvre médiane et des lobes latéraux. Hémostase satisfaisante. Sonde à demeure.

Poids de la prostate réséquée : 3 gr. 10.

SUITES IMMEDIATES. Pas d'hémorragie. Température maxima après l'intervention : 39°2. Le malade se lève le second jour. Température : 37°8.

Après ablation de la sonde, la miction est normale, mais les urines sont troubles ; quelques lavages de vessie les font s'éclaircir. 23 juin. Résidu : 10 cc. Le malade urine spontanément et sans aucune difficulté ; il quitte le service.

Observation XV.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

V... Joseph, 70 ans.

Polliakurie nocturne et diurne, dysurie, urines troubles.

Syphilis en 1912. Sept blennorragies ; orchite, cystite. Cancer de la pomette gauche excisé par le Professeur Bérard.

Souffle systolique à la pointe du cœur.

Urée sanguine à 0,86 0/00 abaissée à 0,56 0/00.

Petite hydrocèle bilatérale.

TOUCHER RECTAL : Prostate grosse comme une mandarine, molle, bien délimitée.

Résidu 500 cc.

9 mai 1935. Orchite de la sonde.

15 mai 1935. RESECTION :

Barre prostatique et deux lobes latéraux très marqués. On ne peut réséquer que 2 gr. de fragments.

SUITES : Température maxima 39°2, mornale le lendemain de l'intervention et jours suivants.

Le malade urine moins difficilement mais conserve de gros résidus : 200, 260, 410 cc.

25 mai 1935. DEUXIEME RESECTION.

A la première intervention on avait creusé un canal au ni-

veau de la barre. Ce canal est sensiblement élargi et approfondi. On s'attaque surtout aux lobes latéraux, mais à la fin de l'opération ils ne sont pas complètement détruits quoique du veru montanum on aperçoit le plancher vésical. La coagulation n'a pu être suffisante avec le Toury.

Poid : 6 grammes.

SUITES : Température maxima 37°8. Le malade urine sans aucune difficulté mais se lève 5-6 fois la nuit et présente les résidus suivants : 14, 50, 60, 80 cc.

Au toucher rectal la prostate est assez nettement perçue.

Les résultats sont jugés insuffisants et l'on décide de pratiquer une troisième intervention.

7 juin 1935 : TROISIEME RESECTION.

Il n'existe plus de barre, on enlève 4 gr. de fragments sur les lobes latéraux.

Les trois résections totalisent un poids de 12 gr. de tissu prostatique.

SUITES IMMEDIATES : Température 38°, normale les jours suivants. Après ablation de la sondé les mictions sont absolument normales et l'on note les résidus suivants : 30 cc., 10 cc., résidu nul.

20 novembre 1937. *SUITES ELOIGNEES*.

La miction se fait librement et le malade se lève une seule fois la nuit. Urines claires, résidu 12 cc.

Après l'intervention le malade avait des rapports, « comme à vingt ans » !! Actuellement, ils sont moins efficaces et l'éjaculation est un peu douloureuse.

Observation XVI.

(Opérateur : Professeur GAYET)

M... Jules, 76 ans.

Troubles urinaires très marqués ayant persisté six mois sans rétention d'urine.

En 1929, opéré pour sténose pylorique.

A l'entrée : Urines très troubles, pollakiurie intense (20 mictions dans une demi-journée).

Amaigrissement, perte de l'appétit.

Urée sanguine : 0,39 0/00 ; K : 0,18.

Toucher rectal : Prostate moyennement hypertrophiée, dure, adénomateuse, bien délimitée.

Résidu : 300 cc.

6 mai 1935. *CYSTOSTOMIE* : Suites normales.

1^{er} juin 1935. *RESECTION* :

Il existe deux lobes latéraux saillants dans la vessie et une petite barre prostatique.

La section débute par la résection de cette dernière qui s'opère sans grandes difficultés. On se porte ensuite sur les lobes latéraux, mais on ne peut accomplir le travail nécessaire, chaque coupe donnant lieu à une petite hémorragie. Hémostase siogneuse. Poids : 1 gr. 25.

Pendant deux jours les urines sont sanguinolentes. Le poids de prostate réséqué est insuffisant, vu le volume de la glande et l'opération n'a pas été complète au niveau des lobes latéraux.

17 juin 1935. *DEUXIEME RESECTION* :

Quelques coupes au niveau de la barre, incomplètement détruite, et un assez long travail sur les saillies latérales, donnent l'aspect désiré. Poids : 1 gr. 55 ; les deux opérations totalisent 2 gr. 80 de prostate.

SUITES IMMEDIATES. Les deux résections ont été très bien supportées, la température n'a pas dépassé 38°5.

La miction n'exige aucun effort, les urines sont moins troubles, la vessie se vide entièrement.

L'examen histologique d'un fragment prostatique montre qu'il s'agit d'un néo. de la prostate.

2 juillet : Mictions normales, absence de résidus, le malade regagne son domicile.

On convoque le malade le 22 novembre 1937, la lettre nous est renvoyée par le facteur avec la mention « décédé ». Etant donné la nature de l'affection, on peut se faire une idée sur les causes de la mort.

Observation XVII.

(Opérateur : Dr VERRIERE)

B... Antoine, 72 ans.

Hospitalisé le 17 avril 1935 pour troubles urinaires datant d'un an, caractérisés par de la pollakiurie, de la dysurie et des urines louches.

Blennorrhagie bien traitée et guérie ; bronchite chronique, emphysème.

Grosse hydrocèle gauche.

Urée sanguine : 0,60 0/00 ; K : 0,17.

A l'entrée on note un résidu de 400 cc.

T. R. Prostate légèrement augmentée de volume, non indurée, bien délimitée.

Le 15 mai 1935. Abscès de la fesse droite, incision cruciale.

6 juin 1935. RESECTION :

Il existe une barre prostatique et deux lobes latéraux dont le gauche est plus volumineux.

A la quatrième coupe, il se produit une hémorragie assez abondante que l'on ne peut arrêter complètement. On interrompt l'opération en se promettant de recommencer.

Poids : 0 gr. 50. Suites simples.

22 juin. DEUXIEME RESECTION :

On résèque complètement la barre puis on s'attaque aux lobes latéraux. On est très gêné par une hémorragie à 11 heures que l'on arrive à maîtriser par une coagulation efficace. Poids : 7 grammes. Les deux résections totalisent 7 gr. 50 de tissu prostatique.

SUITES IMMEDIATES : Température maxima 38°4, pas d'hémorragie, les urines sont à peine rosées le soir de l'intervention. Mictions sans effort, incontinence d'urine passagère.

19 juillet. L'incontinence d'urine s'est considérablement atténuée.

Le 13 août. Le malade quitte le service urinant facilement, ses urines sont claires. Résidu 20 cc.

19 août. Bon état général, mictions normales, résidu nul.

3 décembre. Le malade urine toujours de façon satisfaisante, résidu 10 cc. Parfois légère pollakiurie nocturne.

Les résultats se maintiennent donc sept mois après l'intervention.

Observation XVIII.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

M. J... Rétention complète avec distention précédée d'une longue période de rétention incomplète avec résidu.

Prostate peu augmentée de volume, de consistance normale mobile.

Urée : 0,50, puis s'abaisse à 0,46 ; état général moyen.

On décide de pratiquer une résection.

Pendant 6 jours, sondage deux fois par jour ; puis le 11 juin 1935, RESECTION sous anesthésie épidurale : Scurocaïne : 25 centigrammes.

Il existe une hypertrophie prostatique peu développée avec petit lobe médian.

Résection de ce lobe médian avec ablation très partielle des parties inférieures des lobes latéraux.

L'intervention est facile, mais l'hémostase difficile. Poids : 5 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Le soir même, grosse vessie, bon état général, le lendemain, évacuation de tous les caillots de la vessie, sonde à demeure qu'on laisse pendant cinq jours, la température atteignant à ce moment-là 38° le soir.

La sonde est enlevée au sixième jour, le malade urine spontanément, il y a 50 centimètres cubes de résidu. Lavages régulièrement tous les deux jours pendant trois semaines.

Orchite un mois après.

En décembre 1935, urines sans difficulté, celles-ci sont un peu troubles. Il y a un résidu de 10 centimètres cubes. En mai 1937, le malade urine trois fois la nuit, cinq fois dans la journée.

Sa vessie contient 5 centimètres cubes de résidu.

Au toucher, il existe une petite prostate sans lobe gauche perceptible, mais avec une petite saillie du côté droit.

La nuit, après s'être couché à 9 heures (miction auparavant), il se relève le matin à 8 heures, et dans l'intervalle urine deux fois à 11 heures et à minuit.

Urée du sang : 0,38.

Observation XIX.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

B... Marius, 70 ans.

Rétention aiguë complète, suivie de ponction de la vessie après une tentative infructueuse de sondage, par le médecin du malade.

Pollakiurie, dysurie, mictions douloureuses pendant quatre ans.

Urée sanguine : 0,34 0/00.

Toucher rectal : Prostate dure ; lobe gauche très augmenté de volume, petite hypertrophie à droite.

31 mai 1935. *CYSTOSTOMIE* : Suites normales.

15 juin 1935. *RESECTION* :

Saillie intravésicale des lobes latéraux, plus considérable du côté gauche. La partie supérieure du col est épaissie et présente un aspect égal. Petite barre prostatique.

On enlève un gros morceau et plusieurs autres de moindre volume. Poids : 1 gr. 3.

SUITES : Température 39°2 le lendemain, 40° le surlendemain de l'intervention, normale ensuite.

Le malade peut uriner spontanément, mais presque aussi difficilement qu'avant. Résidu, 215 cc.

3 juillet 1935. *DEUXIEME RESECTION*. Elle permet sans incident la section de 2 gr. 30 de prostate.

SUITES : Température 40° le soir de l'opération, normale le lendemain et jours suivants.

Le malade urine avec plus d'aisance, mais le résultat n'est pas encore satisfaisant. Résidu 130 cc.

TROISIEME ET QUATRIEME RESECTIONS à trois semaines d'intervalle.

La barre a été complètement détruite, mais persistent encore les deux lobes latéraux.

On résèque des deux côtés en conséquence jusqu'à l'aplanissement presque complet. On a enlevé successivement 2 gr. 50 et 2 gr. 65 de prostate. Les quatre résections totalisent un poids de 8 gr. 75 de tissu glandulaire.

SUITES : Les deux dernières résections ont été très bien supportées. Les mictions n'exigent plus les efforts du malade ; résidu, 70 cc.

23 août 1935. Rentre chez lui urinant normalement et sans résidu.

Observation XX.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE).

50 ans.

Juin 1935. Rétention d'urine aiguë complète.

T. R. Prostate augmentée de volume. Sonde à demeure

20 juin. *RESECTION*. Sous-épidurale. Ablation d'un lobe médian et de deux petits lobes latéraux.

Sonde à demeure.

25 juin. *SUITES IMMEDIATES*. Ablation de la sonde. Le malade se lève et peut uriner seul.

30 juin, résidu : 150 cc.

5 juillet. *SUITES ELOIGNEES*. 10 gr. de résidu.

Revu en avril 1936, urine toute les trois heures la nuit, sans aucune difficulté. Résidu : 5 cc. Prostate toujours augmentée de volume.

7 octobre 1937, a l'impression d'uriner moins bien. Résidu : 75 grammes.

Début novembre, amélioration par antiseptique urinaire, n'a plus de difficulté. Résidu : 15 cc.

Observation XXI.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

T... Alexandre, 60 ans.

Hospitalisé pour rétention aiguë, il présentait depuis 4-5 ans des signes de prostatisme.

A l'âge de 24 ans, R. A. A. suivie d'endocardite. Souffle systolique ; dédoublement du 2^e bruit.

Urée sanguine à 0,52 0/00.

T. R. Prostate hypertrophiée, dure, étendue mais de limites nettes.

24 juin 1935. RESECTION. La prostate n'est pas très grande elle présente une barre et des lobes latéraux. On s'attaque à la barre que l'on sectionne jusqu'au plancher ; puis le lobe droit est entamé jusqu'à 11 heures et on descend jusqu'au bas. Hémostase très soignée mais difficile à 11 heures même en coagulant jusqu'à 70. Le lobe gauche n'offre aucune difficulté. Poids enlevé : 6 grammes.

SUITES IMMEDIATES : Après la résection les urines sont légèrement sanglantes. Température maxima : 38°5. Après ablation de la sonde, le malade urine spontanément et sans difficulté.

Du 1^{er} au 7 juillet, les résidus sont de 130, 150, 118, 70, 50, 30 cc.

12 juillet 1935. L'état du malade est très satisfaisant, résidu 10 cc. ; il quitte le service.

SUITES ELOIGNEES :

5 septembre 1935. Mictions absolument normales, résidu nul.

9 décembre 1935. Le malade envoie de ses nouvelles, se déclare satisfait de l'opération, il n'accuse aucun symptôme gênant.

Observation XXII.

(Opérateur : Professeur GAYET)

B..., 74 ans.

Petits accidents de prostatisme sans que le malade puisse fixer le moment d'apparition, le symptôme le plus caractérisé étant la dysurie.

En janvier 1935, à la suite d'une grippe, la dysurie s'accroît considérablement aboutissant à une rétention complète.

Sonde à demeure, le malade ne pouvant uriner spontanément.

25 février 1935. *CYSTOSTOMIE*. Suites agitées : oligurie. ballonnement, vomissement, urémie.

9 mars. Le malade présente un état général satisfaisant.

27 juin 1935. *RESECTION* :

A l'occasion de chaque coupe, il se produit une petite hémorragie. La séance dure une heure pendant laquelle on résèque 2 grammes de tissu prostatique, quantité qui redonne au col son aspect normal.

SUITES IMMEDIATES : Le lendemain de l'intervention, poussée thermique à 39° ; hémorragie assez abondante ; mise en place d'une sonde à demeure, après quoi tout rentre dans l'ordre.

Le malade regagne son domicile en bon état le 1^{er} juillet.

Le 3 juillet la sonde hypogastrique fonctionne mal, les urines sont hémorragiques et il existe quelques caillots. Après un traitement approprié les urines reprennent leur coloration normale.

20 juillet. Hémorragie secondaire de moyenne importance.

27 juillet. Ablation de la sonde, le malade urine bien et vide complètement sa vessie, les urines sont assez troubles.

Après s'être bien porté pendant quelque temps, le malade fait une poussée thermique à 39°9 coïncidant avec une grippe et présente des urines sales ; résidu peu important. Amélioration par un traitement antiseptique.

SUITES ELOIGNEES :

23 février 1936. *CYSTOSCOPIE* : Vessie à cellules et à colonnes. Pas de diverticule vésical ni de calcul pouvant expliquer la persistance de la pyurie ; la miction spontanée se fait sans difficulté aucune.

20 mars 1936. Bon état général. Urines encore légèrement troubles, résidu nul.

12 mai 1936. Bon état général. Les urines s'éclaircissent progressivement.

Le malade vide complètement sa vessie.

Observation XXIII.

(Opérateur : Professeur GAYET)

F... Pierre, 51 ans.

Petits signes de prostatisme datant d'un an et demi ayant aboutis à une rétention complète d'urine après une période de dysurie.

Syphilitique ancien bien traité.

Le malade présente des résidus variant entre 100 et 200 cc. d'urine.

T. R. Prostate complètement atrophiée.

URETRO-CYSTOSCOPIE. Vessie à cellules et à colonnes ; le col est surélevé, d'aspect scléreux présentant des nodulés qui saignent facilement. Urètre prostatique rouge, gros veru montanum, plancher irrégulier avec des alvéoles. On conclut à une dysectasie du col.

2 avril 1935. *OPERATION DE MARION*. L'intervention est très difficile, le col étant très éloigné, comme caché sous le pubis, le sujet gras. On retire des lambeaux du col qui est dur, scléreux, criant sous le bistouri.

SUITES IMMEDIATES assez bonnes ; congestion banale des bases, légère hyperthermie qui tombe en lysis.

16 mai. Le malade urine bien, résidu 100 cc.

6 juin, Résidu 200 grammes.

28 juin. *RESECTION*.

On résèque quelques gros fragments et le col paraît être libéré.

SUITES IMMEDIATES. Pas de réaction thermique. Mictions sans efforts, résidus inférieurs à 100 cc.

19 juillet. Hémorragie secondaire assez importante, ayant cédé à la médication hémostatique.

30 juillet. Les résidus augmentent dépassant 100 cc. ; pollakiurie nocturne, arrêt brusque du jet puis reprise.

10 août. Résidu 75 cc.

SUITES ELOIGNEES.

25 novembre. Mictions faciles, résidu 50 cc. Le malade a repris 15 kgs.

23 mars 1936. Le malade urine sans effort, parfois légère brûlure à la miction. Résidu 230 cc. On conseille le sondage une fois par semaine.

27 mai 1936. Résidus variables entre 30 et 125 cc. La veille le malade avait un résidu de 240 cc.

Observation XXIV.

(Opérateur : Professeur GAYET)

B... Pierre, 76 ans.

Deux rétentions d'urine complètes, précédées de troubles mictionnels.

Urée sanguine : 0,35 0/00.

A l'entrée, vessie distendue, urines troubles, assez bon état général.

Toucher rectal : Prostate hypertrophiée, à limites précises, de consistance normale.

7 juillet 1935. *URETRO-CYSTOSCOPIE* : Vessie saine, vision nette de deux lobes latéraux.

9 juillet 1935. *RESECTION* :

Sans difficulté, on fait de bonnes prises au niveau des saillies latérales, que l'on aplanit sensiblement. Léger suintement sanguin arrêté par la coagulation. Poids : 2 gr. 56.

SUITES IMMEDIATES : Le soir de l'intervention, les urines sont nettement rouges, mais s'éclaircissent presque complète-

ment le jour suivant. Température maxima 39°8. Urines troubles.

Après ablation de la sonde, les mictions sont normales. Une seule fois, résidu de 33 cc. Les lavages de vessie ont beaucoup amélioré l'aspect des urines.

SUITES ELOIGNEES : 10 décembre 1937 : mictions normales, résidu 25 cc., urines légèrement louches.

Observation XXV.

(Opérateur : Professeur GAYET)

S... Anselme, 42 ans.

Consulte le Professeur Gayet le 12 mars 1935 pour dysurie. Le malade raconte qu'il est obligé pour uriner de pousser, d'attendre longtemps, de s'accroupir. Malgré toutes ces précautions le résultat n'est pas toujours obtenu. La dysurie remonterait à l'enfance mais elle ne s'est bien caractérisée qu'en juillet 1934 et a augmenté progressivement depuis. La miction se fait parfois en deux temps.

Les urines sont légèrement troubles ; un résidu de 65 grammes.

Opéré en 1925 (gastro-entéro-anastomose) pour ulcère gastrique.

T. R. Prostate inégale, lobe droit plus saillant.

URETROSCOPIE : Col légèrement surélevé et froncé. On porte le diagnostic de maladie du col. Absence de diverticule prostatique et vésical.

Le diagnostic de maladie du col est confirmé par l'urétrocystographie.

1^{er} juillet 1935. *FORAGE*.

Au moyen d'une électrode on creuse une rigole au niveau du col.

SUITES IMMEDIATES : Urines sanglantes pendant 4 jours. Les mictions se font beaucoup plus facilement qu'avant l'opération.

11 juillet 1935. Dysurie variable : mictions normales certains jours, d'autres fois gêne et obligation de pousser. Faible résidu.

Observation XXVI.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

L... Jean-Marie, 71 ans.

Rétention aiguë en 1930, à la suite d'un écart de régime.

Deux autres accidents similaires, dans les mêmes conditions. Pollakiurie ancienne de 11 ans ayant augmenté d'intensité après les rétentions. Urînes très troubles.

Urée sanguine : 0,52 0/00 ; K : 0,09.

Toucher rectal : Prostate adénomateuse, grosse comme un œuf, bien délimitée.

6 mai 1935. *CYSTOSTOMIE* : Suites opératoires normales.

18 juillet 1935. *RESECTION* :

Saillie bilatérale des deux lobes plus appréciable à droite.

On résèque plusieurs fragments mais on est obligé de s'arrêter précocement, gêné par une abondante hémorragie que l'on ne peut juguler parfaitement.

Poids : 2 grammes.

SUITES OPERATOIRES : Température maxima 38°5. L'hémorragie a été arrêtée le soir même, par une médication appropriée. Les résultats obtenus sont insuffisants, échec compréhensible, si l'on compare la faible quantité des fragments enlevés, au volume de la prostate.

8 août 1935. *DEUXIEME RESECTION* :

Les lobes latéraux persistent, presque intacts. La résection est pénible à droite surtout où l'on a une grosse saillie à détruire, mais l'aspect final paraît satisfaisant. Petite hémorragie au niveau du veru-montanum. Poids : 4 grammes.

SUITES IMMEDIATES : Les trois jours qui suivent l'intervention, température 38°5.

10 août 1935. Orchite gauche.

12 août 1935. Vessie au-dessus de l'ombilic, mauvais état général. *CYSTOSTOMIE* : urines fétides contenant quelques caillots et de nombreux débris purulents.

13 août 1935. Température 40°8.

14 août 1935. L'infection s'aggrave, mort en hyperthermie et urémie.

Observation XXVII.

(Opérateur : D^r VERRIÈRE)

P... Eugène, 60 ans.

Troubles de la miction : dysurie, pollakiurie, douleurs depuis 6 mois. Rétention aiguë traitée par la sonde à demeure. Orchite, suppuration au niveau des bourses ayant nécessité l'incision, guérison.

Le malade quitte le service mais revient au bout de 10 jours amené par de vives brûlures à la miction et des urines troubles.

Angine de poitrine. Sclérose en plaques datant de deux ans.
B.W. positif ; urée sanguine : 0,56 0/00.

T. R. : Grosse prostate.

Malgré son volume on décide de pratiquer une résection, l'état du malade n'admettant pas une prostatectomie.

20 juillet 1935. RESECTION sous anesthésie générale.

On ne peut enlever que 2 gr. 50 de prostate par suite de l'impossibilité de prolonger l'anesthésie. L'opération a été très bien supportée.

SUITES IMMEDIATES : Température maxima après résection 38°2 ; le lendemain de l'intervention, température normale.

Après ablation de la sonde, le malade ne peut uriner spontanément. La petite quantité de fragments prostatiques enlevés explique cet échec.

5 août 1935. DEUXIEME RESECTION : sous-épidurale.

Deux volumineux lobes latéraux bombent dans la vessie. On résèque 9 grammes de prostate mais on a l'impression que l'on aurait pu insister davantage ; la crainte de schoker le malade fait interrompre l'opération. Aucun incident opératoire. Les deux résections ont totalisé 11 gr. 50.

SUITES IMMEDIATES : Température maxima 37°6.

9 août 1935. Signes de bronchite diffuse, stomatite, température 39°4. Au bout de 5 jours de traitement approprié tout rentre dans l'ordre.

Aussitôt la sonde enlevée le malade a des mictions absolument normales, et ne garde aucun résidu.

Observation XXVIII.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

K... Raoul, 55 ans.

Rétention d'urine complète, brusque ayant duré 5 jours, suivie de dysurie et de brûlures à la miction. Syphilis à 12 ans traitée par l'iodure de potassium ; cicatrice de bubon syphilitique.

Bronchite chronique ; emphysème ; coliques hépatiques.

Urée sanguine : 0,19 0/00 ; K : 0.05.

Résidu 60, puis 80 cc. ; urines troubles.

T. R. La prostate n'est pas perçue par le toucher.

31 juillet 1935. *URETRO-CYSTOSCOPIE* :

Col augmenté de volume n'ayant plus la forme concave normale, irrégulier, avec saillie droite et gauche. Signe de Marion positif. Pas de diverticules. Orifices urétéraux sains. Existence d'une barre prostatique très nette et saillie intravesicale de deux lobes latéraux plus accentuée à gauche.

1^{er} août 1935. *RESECTION* :

On fait une première série de coupes au niveau de la barre que l'on détruit facilement. On se porte ensuite sur les lobes latéraux que l'on aplanit en insistant davantage à gauche.

Aucun incident opératoire, hémostase parfaite.

Poids de prostate réséqué : 3 grammes.

SUITES IMMEDIATES : Température maxima 38°2 retombant à la normale le surlendemain de l'opération. Dès ablation de la sonde le malade urine sans difficulté aucune.

Pas de résidu. Le patient quitte le service 6 jours après l'intervention.

13 août 1935. Vient à la consultation avec petite orchite à droite. Les mictions sont toujours normales. Résidu nul.

SUITES ELOIGNEES : 28 décembre 1937 : mictions normales, urines claires, résidu 10 cc.

Observation XXIX.

(Opérateur : D^r VERRIÈRE)

F... Auguste, 61 ans.

Pollakiurie, douleurs à la miction, urines troubles durant un an et demi. Rétention partielle.

Urée sanguine : 0,43 0/00. Résidu 90, puis 175 et 200 cc.

T. R. Prostate étalée, légèrement hypertrophiée.

25 août 1935. *CYSTOSCOPIE*. Cystite du premier degré, signe de Marion positif. Dans la région du trigone, série de petite calculs phosphaturiques.

Le malade est régulièrement dilaté et il émet successivement plusieurs petits calculs.

7 août 1935. *RESECTION*.

Petite saillie des deux lobes latéraux.

Au niveau de veru-montanum, le passage de l'instrument fait sourdre un peu de pus. Chaque section donne lieu à une petite hémorragie et malgré le bon fonctionnement de l'appareil, l'opération est abrégée.

Poids : 1 gr. 90.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 38°8. Pas d'hémorragie.

13 août 1935. Ablation de la sonde. Mictions normales.

Point de côté. Crachats sanglants qui rétrocèdent rapidement. Résidu : 85 cc.

22 août 1935. Le malade quitte le service dans un état satisfaisant quoique la résection ait été bien incomplète.

SUITES ELOIGNEES. 1^{er} octobre 1935. Le malade urine sans difficulté.

28 décembre 1935. Dysurie. Résidu : 90 cc.

Observation XXX.

(Opérateur : D^r VERRIÈRE)

A... Paul-Marie, 73 ans.

Dysurie, jet sans force, rétention complète.

Urétrotomie interne il y a 40 ans.

Parkinsonien avec mauvais état général.

Urée sanguine : 0,43 0/00 ; Ambard : 0,14.

T. R. Prostate irrégulière, mollasse, étalée mais limitée et mobile ; le lobe gauche est nettement augmenté de volume.

L'urètre admet un explorateur à boule n° 20 mais ses parois sont rigides. Résidu 45 cc.

9 août 1935. RESECTION. Rachianesthésie à la syncaïne 8 cm³.

L'ablation d'une petite barre et du lobe gauche se fait sans aucune difficulté. Hémostase satisfaisante.

Poids : 1 gr. 50.

SUITES IMMEDIATES : Ablation de la sonde le 6^e jour. Température maxima après la résection : 39°9. La miction est spontanée mais nécessite parfois un petit effort, et s'accompagne d'une légère brûlure.

Observation XXXI.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

M... Jean, 52 ans.

Depuis 15 ans dysurie, pollakiurie ; une crise de rétention incomplète et deux de rétention complète amènent le malade à consulter.

Craquements au sommet du poumon gauche.

Mal perforant plantaire. Tabès.

B.W. négatif. Urée sanguine : 0,84 0/00.

Mauvais état général, urines très troubles.

T. R. Petite prostate.

CYSTOSCOPIE. Col augmenté de volume surtout à la partie inférieure ; barre prostatique avec lobe gauche très net. Peu d'allongement de la fossette sus-montanale.

12 août 1935. RESECTION:

Ablation de la barre et du lobe latéral gauche. Du veru montanum on voit le plancher vésical et les faces latérales. Hémostase aussi soignée que possible.

SUITES IMMEDIATES : Température maxima après résection, 38°6. Les urines sont sanglantes les deux jours qui suivent l'intervention.

Après ablation de la sonde, les mictions sont spontanées, la vessie se vide complètement.

20. Le malade quitte le service.

30 août. Revient dans le service pour petites hématuries, cystite et urines troubles.

1^{er} septembre. Hématurie grave ayant duré toute la nuit et une partie de la matinée.

14 septembre. Mictions normales, résidu 50 cc. Quitte le service.

21 septembre. Vu à la consultation, dit être resté deux heures sans pouvoir uriner. En dehors de cet incident les mictions ont été faciles. Résidu 260 cc.

Deuxième séjour. 6 septembre 1937.

Le malade qui avait pu uriner assez facilement a été ensuite obligé de se sonder deux fois par jour. Assez bon état général, urines troubles.

Urée sanguine : 0,32 0/00.

T. R. Petite prostate ne faisant pas de saillie dans le rectum.

12 septembre. RESECTION. Sous rachianesthésie.

On résèque entièrement une barre et une partie de deux lobes latéraux. Bonne hémostase. Poids : 5 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Petite réaction thermique, urine; rougeâtres le soir de l'intervention.

Mictions sans efforts, légère pollakiurie, résidu 20 cc.

24 septembre. Quitte le service.

25 novembre. Se lève deux fois la nuit, urine facilement, résidu 30 cc.

SUITES ELOIGNEES. 13 janvier 1938. A la suite d'un banquet, le malade a éprouvé des difficultés pour uriner.

18 janvier. La dysurie a disparu, les mictions sont redevenues satisfaisantes.

Observation XXXII.

(Opérateurs : Professeur GAYET, D^r VERRIÈRE, D^r R. GAYET)

C... Pierre, 71 ans.

Pendant trois ans, pollakiurie et dysurie par intermittence. Rétention complète, incontinence d'urine.

Phlébite consécutive à une chute. Emphysème pulmonaire. Urée sanguine : 0,48 0/00 abaissée à 0,22 0/00.

Douleur lombaire spontanée et provoquée.

Toucher rectal : prostate faiblement augmentée de volume, étalée, dure.

Vessie très distendue ; résidu : 600 cc. d'urine très trouble.

13 août 1935. *CYSTOSTOMIE*. Bonnes suites opératoires, malgré légère infection.

Lorsqu'on supprime la sonde abdominale la miction est impossible.

23 septembre 1935. *RESECTION*.

Col convexe et deux lobes latéraux nettement saillants. Sans difficultés on résèque plusieurs copeaux prostatiques. Poids : 2 grammes.

SUITES. Température maxima : 38°5. Les urines sont troubles, mais non sanglantes. La miction spontanée est impossible.

15 octobre 1935. *DEUXIEME RESECTION*.

Au niveau des lobes latéraux on sectionne plusieurs fragments sans avoir à déplorer d'incidents.

SUITES. Température maxima : 39°. La miction spontanée est toujours impossible.

8 novembre 1935. *URETRO-CYSTOSCOPIE* : Résidu 1.200 cc. Vessie à cellules et à colonnes ; formations polypoïdes très importantes non seulement au niveau du col mais encore au milieu de la vessie. Sensibilité vésicale très réduite, le malade supporte 750 cc. d'eau sans éprouver le moindre besoin d'uriner. Petit bas-fond en arrière d'une barre inter-urétérale. Il persiste encore deux lobes latéraux assez volumineux et on décide une nouvelle intervention.

2 décembre 1935. *TROISIEME RESECTION* :

On fait une section sur la barre trigonale ; on résèque un lobe placé en haut et à gauche et un autre, en haut et à droite. Le col se trouve ainsi presque régularisé. On termine par la section, de quelques fragments en dessous du col, qui prend la forme d'un U.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 38°, les urines sont troubles, la miction spontanée, mais la vessie se vide très incomplètement, résidu : 450, 600, 650 cc. La cystographie met en évidence un diverticule plus volumineux que la vessie.

6 janvier 1936. Cure radicale, extravésicale et extrapéritonéale du diverticule.

Lorsque la guérison est obtenue, le malade urine assez facilement, mais il garde toujours un gros résidu, de sorte qu'on est obligé de le sonder deux fois par jour. Il présente une méga-vessie qui pourrait expliquer la persistance des résidus, malgré la régularité du col.

SUITES ELOIGNEES. — Le malade vient régulièrement à la consultation externe où on lui fait des lavages vésicaux. Il a des mictions spontanées, mais se sonde deux fois par jour et présente des résidus variant de 500 à 1.000 cc.

DEUXIEME SEJOUR. L'état général est assez satisfaisant. Urée sanguine : 0,46 0/00.

23 novembre 1937. QUATRIEME RESECTION.

On est frappé, quand on introduit une sonde, par une sorte de râpement au niveau de l'urètre prostatique et du fait qu'on ne peut passer que des béquilles. Il existe une véritable rigidité de cette région.

A l'urétroscope, on met en évidence une barre du col et quelques petites saillies adénomateuses à 4 heures et à 6 heures.

On creuse une gouttière au niveau de la barre et on régularise les différentes saillies.

Bonne hémostase finale. Poids : 2 gr. 50.

SUITES IMMEDIATES. Pas d'hémorragie ; avant l'ablation de la sonde urétrale, deux poussées thermiques à 38°, mais dès qu'on la supprime, la température monte régulièrement jusqu'à atteindre 40°4, pour baisser ensuite en lysis. La première miction s'opère facilement et donne lieu à un résidu de 50 cc.

2 décembre. Orchite gauche.

3 décembre. Hémorragie secondaire assez abondante, en même temps que la température monte et que les urines deviennent troubles.

13 décembre. Tout est rentré dans l'ordre, les urines se sont bien éclaircies, l'état général s'est nettement amélioré. Mictions très satisfaisantes, résidu nul.

12 janvier 1938. Le malade quitte le service avec un très bon état général, urinant sans gêne aucune, vidant complètement sa vessie.

Observation XXXIII.

(Opérateur : Professeur GAYET)

G... Pierre, 62 ans.

Amené dans le service en rétention d'urine complète. Les troubles urinaires ont débuté par de la pollakiurie nocturne, et persisté quelques mois.

Urée sanguine : 0,30 0/00.

T. R. : Prostate nettement hypertrophiée, mobile, bien délimitée, de consistance normale.

5 octobre 1935. RESECTION :

Deux petits lobes latéraux font saillie dans la vessie.

On résèque bon nombre de copeaux prostatiques mais on est obligé d'abréger l'opération la section devenant défec-tueuse. Hémorragie artérielle à 5 heure jugulée péniblement par la coagulation. Poids : 1 gr. 30.

SUITES IMMEDIATES : Température maxima 37°8. Le soir de l'intervention les urines sont rosées, mais le lendemain elles sont d'aspect normal. Après ablation de la sonde vésicale, le malade urine facilement et présente un résidu de 12 cc.

24 octobre 1935. Résidu 25 cc.; rentre chez lui.

9 novembre 1935. Vient consulter parce que ses urines sont troubles. Les mictions restent très satisfaisantes, résidu 20 cc.

16 novembre 1935. Les urines sont encore louches, résidu 10 cc.

Observation XXXIV.

(Opérateur : Professeur GAYET)

P... Auguste, 75 ans.

Hospitalisé dans un service de chirurgie à la suite d'un accident de voiture (plaie contuse du cuir chevelu, fracture de Dupuytren) d'où on l'envoie en urologie pour troubles urinaires et rétention complète. Ceux-ci ont débuté par une incontinence d'urine nocturne presque aussitôt suivie de pollakiurie et dysurie.

Mauvais état général.

Poumons : Râles humides nombreux, à droite surtout.

Pupilles irrégulières réagissant à la lumière mais revenant vite en mydriase.

Œdème malléolaire des deux côtés.

Urée sanguine : 0,26 0/00.

T. R. Prostate haut située, légèrement hypertrophiée, de consistance ferme, à limites précises.

13 septembre 1935. *CYSTOSTOMIE* ; pendant une semaine, température à 39°, 39°5 avec urines très troubles.

18 octobre 1935. *RESECTION* : sous rachianesthésie.

Existence d'un lobe médian et d'une légère saillie latérale droite.

Section importante ouvrant une large gouttière dans le lobe médian et intéressant la saillie droite.

Pas d'hémorragie. Poids : 3 gr. 40.

SUITES IMMEDIATES : Le soir de l'intervention température 38°2, hémorragie que l'on ne peut arrêter que le lendemain matin, malgré les moyens mis en œuvre. Douleurs vésicales paroxystiques.

20 octobre 1935 : Persistance des douleurs vésicales, urines claires mais oligurie extrême (10 cc.). Malgré une médication énergique, la quantité d'urine n'augmente que peu (400 cc.) et apparaissent tous les signes de l'urémie. L'urée sanguine passe de 0 gr. 30 0/00, à 1 gr. 52, 2 gr. 40 et 3 gr. 16 0/00.

26 octobre : Décès.

L'autopsie montre les lésions suivantes :

Foie et vésicule biliaire volumineux.

Base pulmonaire droite indurée criant sous le couteau ; adhérences pleurales des deux côtés.

Rein droit : Zones blanches de sclérose, dilatation du bassinet et de la portion inférieure de l'uretère.

Rein gauche : masse dure entre deux pyramides, normal ailleurs.

Vessie : au-dessus de l'orifice urétéral droit, diverticule du volume d'un œuf ; gros lobe médian sur lequel on distingue une large et profonde rigole.

Observation XXXV.

(Opérateurs : Professeur GAYET, Dr R. GAYET)

P... Charles, 63 ans.

Hospitalisé pour glycosurie et troubles urinaires d'origine prostatique. Pollakiurie surtout nocturne, brûlures à la miction, urines troubles ayant débutées six mois avant l'entrée.

Œdème des membres inférieurs.

Respiration soufflante ; bon état général apparent.

Urée sanguine, 0,26 0/00 ; K : 0,06.

Glycémie : 1,86 0/00 ; glycosurie : 43 gr. par 24 heures ; acétone : néant.

On institue un traitement insulinique en commençant par 30 unités.

T. R. Petite prostate de consistance normale.

Résidu 225 cc.

Rétrécissement du méat ; méatotomie.

Dilatation jusqu'au béniqué n° 60.

31 octobre 1935. RESECTION.

Vessie saine de bonne capacité, pas de diverticules. Le col présente une saillie blanchâtre. Signe de Marion positif ; bas-fond vésical assez marqué. Pas de lobes latéraux saillants.

On résèque facilement plusieurs fragments prostatiques. Petite hémorragie au niveau du veru-montanum. Bonne coagulation.

Poids : 3 grammes.

SUITES IMMEDIATES : Température 38°2. Pas d'hémorragie. Glycémie : 3 gr. 08. Après ablation de la sonde, mictions spontanées mais pollakiurie nocturne (4 fois). Résidu : 35 cc.

1^{er} novembre 1937. Le malade convoqué, se présente à la consultation externe. Depuis l'intervention il a toujours uriné spontanément, facilement au début, avec une certaine difficulté depuis quelque temps. Urines louches, résidu 75 cc.

DEUXIEME SEJOUR.

L'état général est assez altéré ; atteinte oculaire, troubles circulatoires des membres inférieurs, troubles nerveux, troubles digestifs.

Urée sanguine : 0,26 0/00 ; K : 0,06 ; glycémie : 3,08 0/00.

T. R. La prostate à peine perçue du côté droit est nettement hypertrophiée à gauche.

24 novembre 1937. *URETROSCOPIE.*

Bonne capacité vésicale ; du côté gauche il existe une énorme saillie vésicale bilobée dont la portion haute commence sur la partie supérieure du col. A droite un petit lobe latéral pointe dans la vessie. En retirant l'appareil vers le veru-montanum et un peu à gauche on rencontre une troisième saillie que l'on peut interpréter comme étant soit le prolongement du lobe gauche, soit comme un lobe sous-cervical.

24 novembre 1937. *DEUXIEME RESECTION.*

On résèque la partie saillante du lobe gauche et de la petite proéminence droite ; on se contente de donner au col un aspect ovalaire, sans pousser trop loin l'évidement. Coagulation satisfaisante. Poids : 3 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima 38°4, urines rosées ; les premiers jours qui suivent l'opération, le malade est agité et présente une odeur acétonique de l'haleine.

Les mictions se font sans effort aucun, légère pollakiurie, résidu 5 cc. d'urines louches.

16 décembre. Quitte le service avec un état général très amélioré.

Observation XXXVI.(Opérateur : D^r VERRIÈRE)

B... Etienne, 77 ans.

Hospitalisé pour dysurie très marquée et pollakiurie nocturne.

Mauvais état général, teint anémique.

Syphilis à l'âge de 52 ans.

Urée sanguine : 0,34 0/00 ; K : 0,11.

Poumons : râles inspiratoires aux deux bases.

Perte de la mémoire.

Résidu : 100 cc. d'urines troubles.

Toucher rectal : petite prostate dure et indolore, à contours réguliers.

7 novembre 1935. RESECTION :

Pas de barre prostatique mais deux lobes latéraux, le droit étant plus proéminent.

Toutes les sections sont bonnes et ramènent de gros fragments. On résèque des deux côtés en conséquence, jusqu'à résultat satisfaisant. Aucun suintement sanguin après la coagulation. Poids : 8 grammes.

SUITES IMMEDIATES : Température maxima 38°4. Les urines spontanément émises, sont troubles, mais non sanguantes. La miction s'effectue sans effort et il n'existe pas de résidu.13 novembre 1935. Le malade regagne son domicile, le 6^e jour après l'intervention.

24 décembre 1935. Vu à la consultation ; mictions normales, résidu nul.

SUITES ELOIGNEES : mictions normales, se lève une ou deux fois la nuit, ses urines sont légèrement troubles. Résidu 10 cc.

9 décembre 1937. Mictions normales, parfois légère pollakiurie nocturne. Résidu nul, urines claires.

Observation XXXVII.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

M. L., malade de 66 ans ayant eu en 1935 (octobre), une résection.

Après l'ablation de la sonde, la miction ne se reproduit pas et on pratique une nouvelle résection trente-six jours après, c'est-à-dire le 15 novembre.

Ablation d'une partie de la barre et d'une portion d'un lobe restant.

Au toucher, la prostate était petite, suites simples, température à 38°, sonde enlevée au bout de quatre jours ; le malade urine spontanément, 90 et 40 cc. de résidu.

Revu le 8 janvier 1936, se lève deux fois la nuit. Résidu : 50 centimètres cubes : le 21 janvier ne se lève pas la nuit, mais deux fois dans la matinée : 50 centimètres cubes de résidu le matin. Le malade paraît satisfait de son état puisqu'il n'a pas donné signe de vie, mais on a l'impression que l'intervention n'a quand même pas été suffisante.

Observation XXXVIII.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

G., Pierre, 62 ans.

Vient consulter pour pollakiurie surtout nocturne, pyurie, douleurs lombaires bilatérales.

A l'âge de 35 ans a présenté par intervalles de la difficulté pour uriner.

Maigrissement de 2-3 kgs. Bronchite vulgaire.

B.W. négatif ; Kahn négatif ; Vernes positif.

Urée sanguine, 0,39 0/00. Résidu, 120 cc.

T. R. Prostate de grosseur moyenne un peu plus hypertrophiée à gauche qu'à droite avec petits nodules.

Le 3 décembre 1935. *URETROSCOPIE* : Résidu 350 cc.

On note la présence d'un bas-fond derrière la barre interurétrale qui est très nette, puis une sorte de tranchée sépa-

rant celle-ci du col, très convexe. Le lobe médian est peu développé au niveau de l'urètre. Barre médiane bien caractérisée.

5 décembre 1935. RESECTION : Au début de l'opération on enlève de grands morceaux. Pas d'hémorragie mais légers suintements sanguins. Par la suite le courant ne coupe plus mais coagule continuellement. On arrête l'opération après avoir enlevé une quinzaine de morceaux. Sonde à demeure. Poids : 3 gr. 30.

SUITES IMMEDIATES : Température maxima après la résection 39°5. Le malade urine spontanément après ablation de la sonde mais ses urines sont troubles. Persistance de la pollakiurie. Résidu 50 cc. Il quitte le service deux semaines après l'intervention, dans un état satisfaisant.

28 décembre 1935. Revient avec des symptômes de pyélite et se plaint toujours d'envies fréquentes. A l'uretroscopie la vessie apparaît saine, le pourtour supérieur du col régulier et arrondi. Deux masses latérales peu développées. La barre médiane est peu marquée et on voit qu'elle a été en partie enlevée. La distance entre le veru-montanum et la vessie est petite. Le rétrograde montre la saillie des deux lobes et de la barre dans la vessie. La première résection a été insuffisante. On intervient une deuxième fois en enlevant 4 gr. de prostate. Les suites sont excellentes. Le malade urine très bien et n'a plus que 15 cc. de résidu. Cependant il se lève trois fois la nuit.

SUITES ELOIGNEES. 20 novembre 1937 : Mictions normales, se lève une fois la nuit. Urines claires, résidu nul

Observation XXXIX.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

M. B..., 70 ans.

Septembre 1935. Cystostomisé. Rétention avec urine infectée. A fait un abcès de la prostate qui s'est vidé spontanément.

Entre à nouveau à la Clinique le 9 janvier 1936. Urée à 0,49 0/00. Circoncision et préparation du canal.

Il existe une petite prostate faisant très peu saillie dans le rectangle.

Au toucher par l'orifice de cystostomie, on trouve un petit croupion prostatique.

Le 23 janvier, RESECTION, anesthésie épidurale.

Ablation de 5 grammes de tissu prostatique, d'un lobe médian et de deux petits lobes latéraux.

SUITES IMMEDIATES. Le lendemain, une température à 39°2 ; on pratique l'ablation de la sonde hypogastrique le 4^e jour. Pendant 4 jours, température aux alentours de 40° qui descend progressivement après ablation de la sonde urétrale.

La vessie est fermée 10 jours après la résection, et à ce moment-là, il n'existe plus de résidu vésical.

SUITES ELOIGNEES. Interrogé sur son état de santé le 4 juillet 1937, le malade répond qu'il va très bien, qu'il ne se plaint d'aucun trouble et qu'il a l'impression d'être revenu à 40 ans.

Observation XL.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

B... Joannès, 78 ans.

Rétention aiguë à deux reprises, précédée pendant 5 ans des signes habituels de l'hypertrophie prostatique. Rage bénigne à l'âge de 26 ans, traitée précocement.

Vertiges, chutes, sans perte de connaissance, absence d'aura net. Troubles vaso-moteurs aux extrémités des membres inférieurs.

Au sommet du poumon gauche, sibilance et nombreux ronchus.

Urée sanguine : 0,34 0/00 ; K : 0,07.

Les épидidymes présentent au niveau de leur portion inférieure, un noyau du volume d'une petite amande.

Toucher rectal : Prostate uniformément hypertrophiée, facile à délimiter, légèrement dure.

A l'entrée les urines qui étaient, au dire du malade, claires, contiennent des flocons sanguinolents.

28 janvier 1936. RESECTION :

Le col est barré par un gros adénome surtout développé à gauche. Barre horizontale à droite, ne masquant pas la face postérieure de la vessie. Celle-ci présente de nombreuses cellules et colonnes.

L'intervention commence par la section de la barre qui s'effectue aisément. La section est plus pénible latéralement et provoque une petite hémorragie que l'on arrête par la coagulation.

Poids des fragments : 8 grammes.

SUITES IMMEDIATES : Température maxima 38°6. Les urines sont légèrement sanglantes le lendemain de l'intervention. Mictions spontanées, normales. Résidu 60 cc.

7 février 1936. Résidu nul, quitte le service en excellent état, 10 jours après la résection.

8 décembre 1937. On apprend que le malade est mort 5 mois après l'intervention.

Observation XLI.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

T... Benoît, 64 ans.

Présente pendant tout une année les symptômes de l'hypertrophie prostatique.

Deux rétentions complètes à 10 jours d'intervalle.

Urée sanguine : 0,63 0/00 ; K : 0,13.

Syndrome dysentérique. Douleur au niveau de l'épaule gauche, limitation de l'élévation du bras (40° au maximum).

Toucher rectal : Prostate hypertrophiée, dure, à limites précises.

6 février 1936. RESECTION, sous rachianesthésie.

Saillie bilobée à droite ; le lobe gauche est lui aussi proéminent, mais dans des moindres proportions. Allongement de la fossette sus-montaneale.

Après avoir commencé très facilement la résection, on est obligé par suite de l'insuffisance de l'anesthésie, de compléter celle-ci par du Kelen-éther, qui s'avère pénible, le malade

étant très difficile à endormir. Cependant on arrive à faire une opération satisfaisante et on termine par une bonne coagulation, et l'instillation vésicale de 4 ampoules d'hémostatique Ercé. Poids : 12 grammes.

SUITES IMMEDIATES : Température le lendemain de l'intervention 41°, pouls à 110. Sonde enlevée le 4^e jour ; les mictions sont alors spontanées, mais il existe une légère incontinence, et les urines sont quelque peu louches. Résidu nul.

Normale, la température monte brusquement à 41°2 et se maintient pendant trois jours au-dessus de 40°. On fait un abcès de fixation, et on place une sonde vésicale à demeure.

16 mars 1936. Amélioration considérable : urines claires, mictions faciles, absence de résidu, seule l'incontinence persiste.

7 avril 1936. Le malade continue à uriner normalement quoique la miction ait été, une fois impossible une heure durant. L'incontinence persiste légère, le résidu est nul.

Observation XLII.

(Opérateur : Professeur GAYET)

B... Pierre, 64 ans.

Depuis sa jeunesse, pollakiurie parfois intense (10 fois dans une matinée et au moins 2 fois la nuit), constituant le seul trouble urinaire jusqu'à l'âge de 62 ans où apparaissent des difficultés à la miction.

Antécédents collatéraux bacillaires. Versé dans le service auxiliaire pour faiblesse de constitution et rythme cardiaque irrégulier (??).

Urée sanguine : 0,47 0/00 ; K : 0,09.

Résidu 150 cc.

Toucher rectal : Prostate un peu bosselée, légèrement hypertrophiée.

31 mars 1936. RESECTION sous épidurale.

L'anesthésie est insuffisante, le malade réagit à chaque passage de courant. On est obligé de s'arrêter après avoir enlevé quelques fragments prostatiques. On laisse ainsi, presque intacts deux petits lobes latéraux. Poids : 2 grammes.

SUITES IMMEDIATES : Température maxima 38°6. Pendant deux jours les urines sont faiblement teintées en rouge. La miction n'est pas très difficile ; résidu 30 cc.

On aurait voulu pratiquer une seconde intervention, mais le malade insiste pour quitter le service.

28 mai 1936. Revu à la consultation : dysurie, pollakiurie nocturne (5 fois), résidu 30 cc.

Observation XLIII.

(Opérateur : Professeur GAYET)

B... Eugène, 75 ans.

Amené d'urgence dans le service pour rétention d'urine complète après tentative infructueuse de sondage.

Depuis 1930(pollakiurie, dysurie, incontinence d'urine. A l'âge de 35 ans rhumatisme articulaire aigu. En 1923 œdème des membres inférieurs.

Cœur : Pointe déviée en dehors et à gauche du mamelon, signes d'insuffisance mitrale.

Poumons : dans toute l'étendue pulmonaire, ronchus et sibilances.

Urée sanguine : 0,47 0 00. Tension artérielle 23 11. Hydrocèle droite du volume d'une grosse orange.

T. R. Prostate uniformément hypertrophiée à limites nettes et de consistance normale.

Les urines sont louches.

20 avril 1936. *CYSTOSTOMIE*. Suites normales.

22 mai 1936. *RESECTION*.

On fait toute une série de bonnes coupes, sur deux lobes latéraux nettement saillants, mais on n'ose pas trop prolonger l'opération vu l'état du malade.

Aucun incident. Bonne hémostase. Poids : 3 gr. 75.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 38°. L'opération a été très bien supportée, mais léger œdème des membres inférieurs. Mictions spontanées, mais gros résidu.

On fait une bonne thérapeutique cardiaque en vue d'une seconde intervention.

3 juillet 1936. **DEUXIEME RESECTION.** Gros adénome du côté droit et plusieurs autres petits à la partie supérieure du col, tandis que la partie inférieure est complètement évasée.

La section sur ces différentes saillies est aisée et s'opère sans incident. La coagulation à la partie supérieure est rendue très difficile par l'indocilité du malade qui commence à sentir.

Poids : 2 gr. 03.

Les deux séances totalisent 5 gr. 78 de prostate.

SUITES IMMEDIATES : Température maxima : 37°4.

La sonde urétrale est maintenue longtemps par suite de l'ouverture de l'orifice de cystostomie.

Mictions normales. Résidu : 25 cc.

24 août 1936. Quitte le service ; bon état général, mictions normales, résidu 10 cc.

On apprend que le malade est mort subitement (probablement défaillance cardiaque) le 8 novembre 1936.

Observation XLIV.

(Opérateurs : Professeur GAYET, Dr VERRIÈRE)

D... Marius, 58 ans.

En juin 1935 apparaissent brûlures à la miction, pollakiurie nocturne et diurne, dysurie, jet sans force, qui vont en s'accroissant. Les urines sont claires. Pas d'hématurie. Petit disque d'albumine.

Urée sanguine : 0,52 0/00.

T. R. Prostate hypertrophiée présentant une « dureté de bois », quelques petites saillies, des prolongements latéraux et deux vésicules scléreuses. Le diagnostic d'épithélioma est posé, confirmé ensuite par l'examen anatomo-pathologique : « épithélioma atypique certain au début ».

Tête de l'épididyme gauche augmentée de volume.

Bon état général quoique amaigrissement de 10 kgs en moins d'un an.

Résidu augmentant progressivement : 25 cc, 80 cc., 95 cc.

4 juin 1936. **URETROSCOPIE.** Col irrégulier surtout à la

partie supérieure. Signe de Marion positif ; deux lobes hypertrophiés.

9 juin 1936. RESECTION. On enlève une vingtaine de petits fragments à la partie inférieure latérale droite et gauche du col. Celui-ci est très hémorragique et au moment où l'on voudrait pratiquer la coagulation, la lumière du résectoscope ne marche pas. On fait à l'aveuglette 3 passabes d'anse coagulante. Poids : 2 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Le mal saigne de façon inquiétante durant plusieurs heures. Une sérieuse médication hémostatique est institué et le lendemain de l'intervention les urines sont presque claires.

Température maxima après résection, 38°4.

Résidu 10 cc. Miction normale après ablation de la sonde.

DEUXIEME SEJOUR. 14 décembre 1937.

Le malade a un mauvais état général, des urines troubles et présente des signes d'urémie. Il y a quelques jours, rétention d'urine ayant nécessité plusieurs sondages. Il déclare s'être très bien porté et avoir uriné de façon tout à fait normale, pendant 17 mois.

Actuellement, gros amaigrissement, tenesme rectal.

T. R. Prostate ne paraissant pas très augmentée de volume, mais surmontée d'une masse dure, semblant occuper les vésicules séminales.

Les urines sont très troubles, résidu 300 cc.

Urée sanguine : 0,59 0/00.

20 décembre 1937. *CYSTOMOMIE.*

L'état général s'améliore légèrement ; le malade quitte le service avec un appareil.

Observation XLV.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

S..., 74 ans.

Pendant huit mois, dysurie, pollakiurie surtout nocturne, gênant de plus en plus le malade.

Brusquement s'installe une incontinence amenant le malade à consulter son médecin qui essaie vainement de le son-

der et lui conseille l'hospitalisation.

A l'entrée la vessie, très distendue, remontait à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

T. R. Prostate atrophiée de consistance normale.

Chancre syphilitique à l'âge de 24 ans. Traitement mercuriel.

Bronchite chronique. Emphysème pulmonaire. Urée sanguine : 0,16 0/00.

13 juin 1936. RESECTION sous-épidurale.

Belle hypertrophie prostatique faisant une grande saillie intravésicale. Barre et deux lobes latéraux, avec allongement assez marqué de la fossette sus-montanale.

L'intervention commence par la section de la barre, puis on s'attaque au côté droit, puis au gauche où l'on a des difficultés, la section provoquant dans cette zone une vive réaction du malade. Contrôle au Gomes et au Mc Carthy : la barre est complètement détruite, peut-être a-t-on empiété sur le veru-montanum. On aurait pu reséquer davantage sur les lobes latéraux.

Poids enlevé : 9 gr. 50.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 38°3.

Après ablation de la sonde, incontinence d'urine, ne céda pas au traitement strychnique. Le malade quitte le service porteur d'un appareil pour incontinence.

6 avril 1937. *SUITES ELOIGNEES.*

Le malade nous écrit en disant qu'il a un très mauvais état général, mais ne se plaint d'aucun symptôme urinaire.

Observation XLVI.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

C... Joseph, 70 ans.

Présente, depuis 4-5 ans des troubles de la miction : polakiurie nocturne (4-5 fois) et diurne, jet sans aucune force.

Après un excès de table, rétention complète nécessitant le sondage deux fois par jour.

Bon état général.

Toucher rectal : prostate bien hypertrophiée, de la taille d'une mandarine, très nettement bilobée, sans aucune saillie médiane, de consistance élastique.

Urée sanguine : 0,17 0/00. Constante d'Ambard : 0,04.

Le 26 juin 1936 le malade présente un léger œdème des bourses et des membres inférieurs.

Le 28 juin, disparition de l'œdème. Le volume de la prostate a nettement diminué et paraît indiquer la résection. On prépare le malade.

RESECTION le 3 juillet : rachianesthésie (6 cgr.), caféine, éphédrine.

A l'urétroscope on voit un lobe droit faisant nettement saillie dans la vessie, un lobe médian plus élevé à gauche qu'à droite et masquant l'orifice urétéral gauche ; le lobe droit, malgré sa proéminence ne masque pas le second orifice. La fossette sus-montanale est peu allongée.

On commence à réséquer le lobe médian dans sa portion droite. On est gêné par l'impossibilité de détacher les fragments du couteau. Le courant est trop coagulant ; l'hémostate arrive à être parfaite dans cette région ; on se porte à droite et on procède très bas.

Poids des fragments enlevés : 11 gr. 50. Cependant un certain nombre de copeaux prostatiques a été égaré en retirant les instruments.

L'opération est satisfaisante, mais on a l'impression qu'on aurait pu enlever en totalité une vingtaine de grammes. On laisse une sonde à demeure.

SUITES IMMEDIATES. Le lendemain de l'opération, température : 37°5 ; pouls : 80 pulsations ; quantité d'urines émises : 900 grammes légèrement sanguinolentes.

Température maxima après la résection : 38°4. Le malade, après le sixième jour (ablation de la sonde) urine spontanément mais garde un résidu de 500 cc. qui descend à 250 cc., puis à 100 cc. et moins. Les mictions sont normales, les urines claires.

Le malade quitte le service, mais il y reviendra pour une deuxième résection vu l'importance du résidu.

23 février 1937. *SUITES ELOIGNEES.*

Le malade, que l'on avait convoqué, nous écrit qu'il se porte très bien, a repris huit kilos et urine sans gêne aucune. Il promet de se présenter à la consultation s'il se trouvait ennuyé.

Le malade, sur notre demande, donne de ses nouvelles : mictions normales, résidu nul, urines claires.

Observation XLVII.

(Opérateur : D^r VERRIÈRE)

C., Claude, 80 ans.

Hospitalisé le 6 août 1936 en rétention complète d'urine.

Début de l'affection il y a un mois par de la pollakiurie et de la dysurie.

A l'entrée : malade présentant un facies d'infecté ; teint jaune des téguments, subictère conjonctival. Vessie remontant à l'ombilic, dont on évacue 400 cc. d'urines troubles.

Aux poumons : encombrement des bases.

Au cœur : arythmie.

Foie perceptible.

Urée du sang : 0,30 0/00 ; Maillard : 7,2.

T. R. Petite prostate non indurée, à lobe droit plus saillant.

13 août 1936. RESECTION.

Rachi-anesthésie de 4 cgr.

Il existe un lobe médian et deux lobes latéraux saillant modérément dans la vessie.

Sans incident, on fait de nombreuses coupes au niveau de ces saillies. Pas d'hémorragie. Poids : 15 gr.

SUITES IMMEDIATES.

En dehors de quelques clochers aux environs de 39° séparés par un intervalle, la température est normale. Petite hémorragie le soir de l'intervention.

Le malade urine sans difficulté aucune, mais se lève deux fois la nuit les premiers temps. Résidus : 120,50, 10 cc.

Le malade est transféré dans un service de médecine générale où l'on diagnostique une atteinte cholédocienne.

SUITES ELOIGNEES.

10 janvier 1938. Mauvais état général : amaigrissement, œdème des M. I., persistance de l'ictère, cataracte.

Les mictions ont toujours été satisfaisantes, le malade n'a été sondé à aucun moment.

Observation XLVIII.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE).

F. J. Joseph, 64 ans.

Après avoir présenté pendant un an tous les signes de l'hypertrophie prostatique, fait une rétention complète, à la suite d'un excès de boisson.

Urée sanguine : 0,23 0/00.

Toucher rectal. Prostate atrophiée latéralement mais dont le lobe médian bombe dans le rectum. Résidu 60 cc. d'urines troubles.

11 août 1936. *URETRO-CYSTOSCOPIE.*

Vessie à cellules et à colonnes ; signe de Marion positif. Petit lobe médian saillant dans la vessie.

13 août 1936. *RESECTION.*

Malgré une mauvaise épidurale, on arrive sans trop de difficultés à détruire complètement le lobe médian. Poids : 5 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 38°6. Pendant les deux jours qui suivent l'intervention, les urines sont sanglantes.

Mictions spontanées, n'exigeant aucun effort, urines troubles, la vessie se vide complètement.

26 août 1936. Quitte le service en excellent état.

19 septembre 1936. Vu à cette date à la consultation, on apprend que les mictions sont absolument normales et il ne se trouve pas de résidu.

Observation XLIX.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

D. Joseph, 70 ans.

Rétention complète après un an de troubles urinaires caractérisés par de la pollakiurie et de la dysurie progressives.

A l'entrée : Température 39°. Vessie à l'ombilic, assez mauvais état général. Arythmie cardiaque ; réflexes achilléens très diminués.

Urée sanguine : 1 gr. 65 ; K : 0,42 ; tension artérielle 18/8.

T. R. Prostate légèrement augmentée de volume, de consistance ferme, à contours réguliers.

16 juillet 1936. *CYSTOSTOMIE*. Suites simples.

L'urée sanguine tombe à 0,69 0/00.

28 août 1936. *RESECTION* épidurale nettement insuffisante, complétée par un *Schleich*.

L'obstacle est constitué par une barre et un lobe latéral droit. On résèque quelques fragments au niveau de ces deux saillies. Poids : 5 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Petite réaction thermique pendant les premiers jours avec des urines légèrement sanglantes. La miction spontanée est possible, mais la vessie se vide incomplètement. Résidus de 100 à 250 cc.

26 septembre 1936. Le malade quitte le service avec un bon état général.

22 octobre 1936. — Vient consulter parce qu'il est obligé depuis quelques jours de forcer pour uriner ; résidu 100 cc. On hospitalise le malade.

L'épreuve à la sulfo-phénol-phtaléine donne les résultats suivants : une heure après l'injection, les urines contiennent 6 0/0 de la p. s. p.

Deux heures après l'injection, 10 0/0.

Douze heures après, elles contiennent encore de la p. s. p.

Urée sanguine, 1 gr. 25 0/00.

24 décembre 1936. Urée sanguine, 0,66 0/00.

6 janvier 1937. Devant une élévation thermique, on pratique une cystostomie.

23 janvier 1937. Urée sanguine, 0 gr. 61 0/00 ; K 0,29.

Le malade quitte le service mais vient consulter régulièrement.

30 septembre 1937. Le malade est hospitalisé à nouveau pour être mis en observation. L'urée sanguine est alors de 0,55 0/00.

Sans que l'on ait pratiqué des manœuvres quelconques, le malade présente des phénomènes urémiques avec somnolence et subcoma.

Urée sanguine 1 gr. 60 ; parfois température subfébrile.

3 octobre 1937. Dyspnée intense, crise à type d'œdème aigu du poumon ; état général très altéré .

5 octobre 1937. Décès dans un état de lucidité parfaite.

Observation L.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

B... J., 61 ans.

Hospitalisé d'urgence pour rétention d'urine aiguë et infection urinaire. Interrogatoire impossible, le malade étant dans un état d'agitation extrême.

A l'entrée ,température 40° ; dyspnée très accusée, pouls à 120.

Tachycardie, bruits cardiaques peu marqués.

Toucher rectal :prostate indurée, faisant légèrement saillie dans le rectum.

Urée sanguine : 1 gr. 69 0/00 ; K 0,57.

23 juin 1936. Parotidite droite. Température 39°.

L'examen bactériologique des urines incrimine le colibacille.

Le foie est nettement perçu, peut-être existe-t-il une grosse rate.

27 juin 1936. Température : 42° ; abcès de fixation, septicémie.

Deux jours après, température : 38°.

17 juillet 1936, grande amélioration ,le malade est beau-

coup plus lucide ; urée sanguine : 0,26 0/00.

27 juillet 1936. *CYSTOSTOMIE*. Le lendemain, température 40°3 baissant régulièrement les jours suivants.

25 août 1936. *RESECTION*. Il existe un lobe médian sur la partie inférieure du col. Pas de lobes latéraux. Allongement de la fossette sus-montanale.

On résèque facilement le lobe médian, jusqu'à ce qu'on aperçoive du veru-montanum le fond vésical. Poids : 3 gr. 50.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima, 39°, normale le surlendemain de l'intervention.

Le malade peut uriner sans la moindre difficulté.

Résidu : 35 cc. d'urines claires.

7 septembre 1936. — L'état général décline à nouveau ; vomissements répétés, urée sanguine : 0,47 0/00, albumine 1 gr. 50 0/00, 3 gr. 15 par 24.

20 octobre 1936. Teint anémique, anorexie presque absolue, déglutition difficile, disphonie.

Numération globulaire. 2.900.000.

21 octobre 1936. Transfusion sanguine de 100 cc.

29 octobre 1936. Décès.

AUTOPSIE. Sur le côté gauche du foie volumineux en totalité, noyaux cancéreux de la grosseur d'une noix. Poumon gauche adhérent ; à la coupe, 4-5 noyaux cancéreux ; adénopathie péribronchique.

Pancréas induré, bosselé, hypertrophié.

Observation LI.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

M.. Raoul, 63 ans.

Hospitalisé le 14 juillet 1936 pour rétention chronique avec mictions par regorgement. Les troubles urinaires ont débuté un mois avant l'entrée par de l'incontinence, bientôt accompagnée de dysurie, puis de crises de rétention incomplètes.

Opéré d'une hydronéphrose congénitale droite il y a 40 ans et d'une hernie inguinale gauche à l'âge de 49 ans. En 1926 paralysie brusque et transitoire du membre supérieur droit ayant duré quelques heures. Deux ans plus tard, appari-

tions de douleurs fulgurantes aux membres inférieurs.

A l'entrée : Absence des réflexes rotuliens et achilléens, aucun autre signe de la série tabétique ; la vessie était perceptible et remontait haut. Urines troubles. Réactions sérologiques négatives.

Urée sanguine : 0,60 0/00 abaissée à 0,26 0/00.

T. R. Prostate hypertrophiée, étalée latéralement.

Une radio simple de l'arbre urinaire, montre trois calculs vésicaux.

27 juillet 1936. *CYSTOSTOMIE*. Extraction de trois calculs de la grosseur d'un œuf de pigeon.

A la suite de cette intervention, élévation thermigie pendant 6 jours avec un clocher à 39°6.

2 août 1936. Arthrite bilatérale du genou, difficulté des mouvements ; immobilisation.

1^{re} septembre 1936. L'état général s'est bien amélioré, plus de traces de l'atteinte articulaire.

4 septembre 1936. *RESECTION* :

L'obstacle est formé par une barre et deux lobes latéraux.

On est frappé par la consistance du tissu que l'on résèque : il semble que la couche superficielle des lobes et de la barre soit œdémateuse, une sorte d'éponge vasculaire, où l'hémorragie est fréquente. On retombe ensuite sur des tissus du type adénomateux. On réalise une bonne héostase.

Poids : 12 grammes.

SUITES IMMÉDIATES : Température maxima 38°6 ; urines rosées pendant 2 jours. Mictions sans difficultés, résidu 45 cc.

1^{er} octobre 1936. Arthrite du genou droit, traitée efficacement par le salicylate de soude.

5 octobre 1936. Orchite droite.

26 octobre 1936. Quitte le service urinant normalement, résidu nul, urines encore troubles.

Le malade fait deux autres séjours dans le service, son orifice de cystostomie s'étant rouvert. Les mictions ont pourtant toujours été satisfaisantes, et il a repris 7 kgs.

Pensant à la persistance d'un obstacle, on fait une urétro-

scopie qui montre à vessie pleine et en retirant l'appareil un petit lobe gauche et un autre à droite plus étendu.

1^{er} mars 1937. DEUXIEME RESECTION :

On abrase les deux saillies sans incident. Poids : 3 gr. 25.

SUITES. Température maxima 38°, urines claires.

Mictions faciles, résidu nul. Cependant le malade perdait quelques gouttes d'urine.

SUITES ELOIGNEES.

23 novembre 1937. Mictions normales, parfois légère pollakiurie nocturne. Urines troubles, résidu nul.

Observation LII.

(Opérateur : Professeur GAYET)

B... Alexandre. 69 ans.

Hypertrophie prostatique sans autre symptôme qu'une pollakiurie nocturne, légère au début, importante ensuite.

Urée sanguine : 0,26 0/00.

Toucher rectal : Prostate légèrement hypertrophiée, de façon uniforme, de consistance adénomateuse.

21 septembre 1936. RESECTION.

Deux saillies latérales modérées, par ailleurs aspect normal.

Le courant est surtout d'un effet coagulant et la coupe est rendue malaisée. On réussit néanmoins à enlever bon nombre de fragments et à libérer le col.

Poids : 3 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 38° 8. Mictions normales. Aucun résidu.

12 octobre 1936. Rentre chez lui en excellent état.

15 décembre 1937. *RESULTATS ELOIGNES*. Le malade donne de ses nouvelles sur notre demande ; il se déclare très satisfaisant et n'accuse aucune gêne de la miction.

Observation LIII.

(Opérateur : D^r VERRIÈRE)

A... Elia, 72 ans.

Rétention aiguë traitée par plusieurs sondages.

Interrogatoire impossible, le malade ne parlant pas le français.

Petit ulcère du pouce droit, œdème du dos de la main que rien n'explique ; guérison par pansements humides.

Respiration rude, ronchus et sibilances.

Urée sanguine : 0,47 0/00 après avoir été à 0,86 0/00.

Gros disque d'albumine.

Toucher rectal : Prostate hypertrophiée s'étendant très haut ; on a l'impression d'une infiltration du plancher vésical.

28 septembre 1936 RESECTION.

Hypertrophie sous-cervicale de la prostate. Lobe médian et deux lobes latéraux.

On s'applique à applanir toutes ces saillies ; un long et patient travail permet d'atteindre ce but sans incident aucun. Hemostase parfaite, pas de suintement sanguin.

Poids de prostate enlevée : 15 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 38°. Pendant deux jours les urines sont légèrement sanguinolentes.

Après ablation de la sonde, mictions spontanées, mais on note les résidus suivants : 60, 200, 250, 60, 165 cc.

12 octobre 1936. Le malade quitte le service malgré l'importance des résidus ; ses mictions sont absolument normales par ailleurs.

Observation LIV.

(Opérateur : Professeur GAYET)

B... Jean-Antoine, 55 ans.

Depuis longtemps sans qu'on puisse faire préciser de date pollakiurie nocturne (3 fois) isolée. Pendant les quelques jours qui précèdent l'hospitalisation la pollakiurie s'accuse et la miction, très pénible, devient impossible et nécessite

des sondages journaliers.

Pleurite pendant sa jeunesse ; actuellement bronchite et sciatique.

T. A. 19-11, Urée sanguine : 0,43 0/00 ; K : 0,08.

A l'entrée résidu de 650 cc.

Toucher rectal : Protate légèrement hypertrophiée, de consistance ferme. L'augmentation de volume porte surtout à gauche.

15 octobre 1936. RESECTION.

Petit bas-fond vésical et deux lobes latéraux la saillie gauche étant plus appréciable.

Après cinq à six sections on pratique deux brèches prostatiques. Hémorragie assez intense qu'on maîtrise après une longue électrocoagulation. Poids 2 g. 50.

SUITES IMMEDIATES : Température maximuma 38°. La miction spontanée est obtenue dès ablation de la sonde. Pas de dysurie, légère pollakiurie. Résidu 30 cc.

Le malade rentre chez lui onze jours après l'intervention 28 octobre 1936. Revient pour hématurie abondante ayant duré 18 heures. Teint anémique.

CYSTOSCOPIE. On ne voit aucune zone qui saigne mais il existe une petite brèche au niveau de l'urète prostatique qui correspond sans doute à la chute de l'escarre.

Résidu 58 cc. ; mictions normales.

20 novembre 1937. *SUITES ELOIGNEES*.

Jusqu'en septembre le malade avait des brûlures à la miction. Celles-ci n'exigent aucun efforts. Légère pollakiurie nocturne, urines claires, résidu 5 cc.

Observation LV.

(Opérateur : Docteur VERRIÈRE)

G... Pierre 68 ans.

Entre dans le service le 10 octobre 1936 en rétention d'urine complète. Le malade est sourd-muet. On apprend néanmoins que les troubles urinaires ont débutés 12 ans auparavant par de la dysurie, de la fréquence et se sont accentués quelques jours avant l'hospitalisation.

A l'entrée la vessie remontait à l'ombilic, les urines étaient très troubles.

T. R. Prostate étalée, hypertrophie surtout à droite, régulière de consistance dure.

Urée sanguine : 0,34 0/00.

26 octobre 1936. RESECTION.

Un examen préalable à l'uretroscopie montre une barre prostatique et deux latéraux de petites dimensions. La section des différentes saillies s'opère sans aucun incident.

Bonne Hémostase. Poids : 4 grammes.

SUITES IMMEDIATES : Deux jours après l'intervention, poussée thermique à 39° 8.

Dès ablation de la sonde miction sans effort. Résidu 70 cc.

Observation LVI.

(Opérateur Professeur GAYET)

S... François, 67 ans.

Hospitalisé le 1^{er} août 1936 pour rétention d'urine complète. Interrogatoire difficile par suite d'une amnésie marquée. Blennorragie à 20 ans.

Apparition des troubles urinaires en mars 1936 : petitesse du jet, dysurie, urines troubles, sensation de plénitude de la vessie après la miction.

Urée sanguine : 0,28 0/00.

Kahn et Meinicke légèrement positives. Examen nerveux, le malade semble avoir perdu l'autocritique, réflexes normaux.

T. R. Prostate non hypertrophiée, dure, présentant un noyau à la partie latérale gauche qu'on délimite difficilement.

6 novembre 1936 RESECTION sous épidurale qui donne lieu à un accident syncopal sans gravité.

Il existe une petite saillie latérale gauche et une barre du col.

Après avoir sectionnés 2-4 fragments au niveau de la barre on est obligé de s'arrêter à la suite d'une panne d'appareil (rupture de la vis réglant l'anse). On change d'instru-

ment, le malade saigne abondamment on fait une coagulation énégique. On résèque quelques fragments à nouveau, mais la coupe devient très pénible, on renvoie à une prochaine séance.

Poids 2 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima 38°.

Les urines sont sanguinolentes pendant deux jours. Après ablation de la sonde le malade urine mais garde 250 cc. d'urine.

7 décembre 1936. Deuxième RESECTION :

Séance très difficile l'appareil fonctionnant de manière défectueuse (coagulation presque continue). On ne peut retirer que quelques fragments.

SUITES : Température maxima 37°.

Urines légèrement teintées en rouge.

A l'ablation de la sonde le malade vide très incomplètement sa vessie.

17 décembre 1936. Troubles psychiques très nets (incohérence) puis aphasie, ictus apoplectiforme et coma. Relâchement des sphincters, hémiplegie droite, paralysie faciale droite avec déviation conjuguée de la tête et des yeux, quelques instants plus tard, nouvelle crise avec ébauche d'hémiplegie gauche.

18 décembre 1936. Coma entièrement dissipé, disparition de l'hémiplegie et de l'aphasie, persistance de l'incohérence.

Le malade est transféré au service du professeur Lépine ; Résidu 600 cc.

Le diagnostic de P. G. est posé ce qui expliquerait en partie l'échec des RESECTIONS.

Observation LVII.

(Opérateur : Docteur VERRIÈRE)

M... Jules 64 ans.

Hospitalisé dans un service de chirurgie générale pour hernie, d'où on nous l'envoie pour dysurie et pollakiurie datant d'un an-et-demi,

Blennorrhagie à l'âge de 20 ans ; congestion pulmonaire cinq ans après.

Opéré à l'hôpital de Desgenettes d'une hernie inguino-scrotale droite.

Urée sanguine : 0,30 0/00; K : 0,09.

Urines claires, grosse capacité vésicale, 530 cc.

T. R. Prostate non hypertrophiée, de consistance normale, le lobe droit remonte plus haut que le gauche.

4 décembre 1936. Depuis deux jours température à 38° ; apparition d'une orchite droite.

23 décembre 1936. Ligature des déferents.

31 décembre 1936. RESECTION. L'uretroscopie met en évidence une petite barre du col très élevée.

La destruction de l'obstacle s'opère sans incident.

Poids : 8 grammes.

SUITES IMMEDIATES : Température normale; les urines sont rosées pendant les deux jours qui suivent l'intervention. Les mictions sont normales, résidus nuls.

Le malade quitte le service pour se faire opérer d'une hernie.

15 février 1937. Vu à la consultation externe : mictions faciles, jet de gros calibre atteignant un mètre, résidu nul.

Observation LVIII.

(Opérateur : D^r VERRIÈRE)

M... S., 68 ans.

Ayant depuis deux ans de la dysurie, rétention intermittente, très bon état général. Vu le 8 janvier avec résidu de 300 cc. d'urine claire. Obligé d'être sondé par sa femme.

Entre à la clinique. Urée : 0,38, sonde à demeure.

11 janvier 1937. RESECTION. Anesthésie rachidienne à la syncaïne. Il existe un lobe médian, mais pas de lobes latéraux ; ablation rapide de ce lobe médian. Poids : A peu près 4 gr. 50.

Intervention facile sans hémorragie très bien supportée. A signaler qu'au toucher le malade ne présente pas de prostate perceptible.

SUITES IMMEDIATES. Température progressivement ascendante à 39° avec pouls rapide. Au toucher on constate une augmentation de volume de la prostate, douloureuse. Boissons abondantes, Septicémine, petits lavements chauds, la température se met à baisser et lundi 18 janvier, il a 37°2 le matin.

Le malade est très amélioré.

Observation LIX.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

M. V..., ancien cystostomisé pour rétention d'urine complète avec distension, mauvaise constante, urée à 0,58.

30 décembre 1937, mauvais état général.

Au toucher, petite prostate, à peine perceptible.

RESECTION sous-anesthésie rachidienne : 5 centigr. de Syncaïne; on pratique une urétroscopie qui permet de se rendre compte de l'existence d'une petite hypertrophie avec croupion faisant saillie à l'intérieur de la vessie. L'intervention est facile. On détruit raidement et complètement la portion médiane mais l'anesthésie n'est pas suffisante, le dôme vésical ayant conservé sa sensibilité, on ne peut poursuivre plus longtemps et on est obligé de laisser les lobes latéraux sauf au niveau de la partie inférieure qui a été détruite.

On place une sonde dans l'urètre et on diminue le calibre de la sonde hypogastrique. Quantité enlevée, à peu près 5 gr.

SUITES IMMEDIATES. Les suites furent très simples. La température ne dépassa pas 37°6. La sonde urétrale est enlevée le sixième jour. Le malade urina spontanément, ce qu'il n'avait pas fait depuis plus d'un an. Parti de la clinique conservant pendant quelques jours encore une sonde hypogastrique n° 20.

19 janvier 1938, bon état, urine facilement, la sonde hypogastrique sera enlevée d'ici une huitaine de jours. Urée du sang : 0,45.

Observation LX.

(Opérateurs : Professeur GAYET, Dr R. GAYET)

G., Louis, 75 ans.

Entré dans le service le 13 octobre 1936 pour rétention d'urine avec miction par regorgement.

Il y a 4 ans, apparition de troubles urinaires : pollakiurie nocturne, brûlures à la miction, puis petites crises de rétention passagères, avec miction par regorgement. Quelques jours avant l'hospitalisation œdème, des M. I., de la verge et des bourses.

A l'entrée mauvais état général, vessie distendue jusqu'à l'ombilic.

A l'examen : ectopie testiculaire droite.

Cœur : Souffle systolique d'origine aortique.

Poumons : Râles de stase pulmonaire.

T. A. 17,5-8,5.

Urée sanguine : 0,39 0/00.

T. R. Prostate peu grosse, molle, remontant assez haut, mal délimitée.

21 décembre 1936 : Cystostomie.

Suites normales.

16 janvier 1937 RESECTION.

Barre du col et deux petits lobes latéraux. On enlève une série de fragments en bas, à droite et à gauche.

Poids : 2 grammes.

SUITES IMMEDIATES : Température maxima 38° 2,

Urines sanguinolentes pendant deux jours. Les mictions sont pénibles après ablation de la sonde avec résidus de 170 et 140 cc.

5 février 1937 : DEUXIEME RESECTION.

On s'efforce de compléter le travail de la première intervention.

Poids : 3 grammes.

Opération très bien supportée.

Les mictions sont très pénibles. résidu de 1.200 cc.

22 février 1937. Poussée de pyélonéphrite. Température 39° 8 ; ventre ballonné et sonore ; quelques nausées.

2 mars 37. Température 38° 8 pouls à 130 ; nausées, hoquets.

3 mars. Décès par collapsus cardiaque.

AUTOPSIE.

Poumons : Adhérences pleurales.

Cœur : Grosses lésions athéromateuses au niveau de l'aorte.

Reins : Lésions de néphrite, abcès miliaries disséminés.

Vessie : Lésions de cystite diffuse.

Gros abcès pelvien sous péritonéal latéro-vésical.

Observation LXI.

(Opérateur : Professeur GAYET)

Q... Léon 59 ans.

Depuis décembre 1935 dysurie, douleurs à la miction ; quelque temps avant l'hospitalisation, incontinence par regorgement, puis rétention complète.

Pleurésie durant le service militaire. Mauvais état général, troubles de la démarche.

Urée sanguine : 0,82 0/00, abaissée à 0,26 0/00.

T. R. Prostate augmentée de volume, souple, élastique.

Séquelles de pleurésie à la base gauche. Méat punctiforme.

15 décembre 1936 Méatotomie et mise en place d'une sonde numéro 14.

23 décembre 1936 Température élevée, miction impossible.

28 décembre 1936 : *CYSTOSTOMIE* : suites normales.

22 janvier 1937 RESECTION : Barre du col très élevée, horizontale, bouchant le col à la manière d'un mur.

On fait quelques sections au niveau de cette barre, mais par crainte d'accident on ne pousse pas très loin la section.

Poids : 0 gr 50.

SUITES : Une poussée thermique à 40° 5, température oscillante pendant une semaine aux environs de 38°.

Urines sanglantes, mictions très pénibles, gros résidus.

9 février 1937 DEUXIEME RESECTION. A vessie pleine l'aspect est presque normal mais dès qu'on vide un peu la vessie on voit apparaître une barre encore assez élevée. Le col présente un aspect blanchâtre, scléreux.

Les deux résections totalisent 2 gr. 50.

Suites normales mais la miction est très pénible ; résidus de 150,200 cc.

Les deux interventions n'ont pu guérir le malade. Peut-être existe-t-il un élément nerveux.

25 mars 1937. Réouverture de l'orifice de cystostomie.

13 novembre 1937 Suites éloignées.

On propose au malade, convoqué à cet effet une urétroscopie, pensant que l'on aurait pu laisser passer inaperçu un lobe sous cervical, ce qui rendrait une nouvelle intervention nécessaire. Le malade préfère garder sa cystostomie définitive.

Observation LXII.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

M. B..., 56 ans.

Bronchite chronique, anxieux.

1935, le Dr Phélip élargit le col de la vessie ? En 1936, orchite. A l'impression qu'il ne vide pas sa vessie ; présente de la pollakiurie, 4 ou 5 fois par jour, 7 ou 8 fois la nuit ; résidu : 25 grammes.

Au toucher, petite prostate, bien limitée ; traité par sondages et dilatations. Pas d'amélioration suffisante. En février 1937, ligature des déférents et sonde à demeure pendant une douzaine de jours.

RESECTION sous-épidurale. On résèque une barre médiane. Suites : Sonde à demeure laissée quatre jours ; la température n'a pas dépassé 37°4. Le malade part de la clinique au bout de six jours. Les suites sont simples. Aucune hémorragie secondaire. Il est revenu quelque temps après. Il n'a pas de résidu, mais conserve de la pollakiurie nocturne et il a à nouveau l'impression que son canal se resserre.

En août 1937, après quarante-huit heures de sonde à demeure, DEUXIEME RESECTION sous-épidurale. Il est certain que la première fois l'intervention n'était pas suffisante. Il n'y a pas en effet de champ libre entre le verumontum et la vessie. Il persiste un obstacle. On le détruit et

on élargit de chaque côté en mordant sur les bords latéraux qui ne déforment pas le col. On s'arrête à la partie inférieure ; sur les côtés il n'existe pas un pourtour régulier.

SUITES IMMEDIATES. Les suites sont simples pendant cinq jours. A ce moment-là la sonde est enlevée. La température esquisse un petit clocher au-dessus de 38° puis tout rentre dans l'ordre progressivement. Le malade revu ultérieurement, un mois après, présente des urines claires, n'accuse plus aucun trouble, se lève deux fois par nuit seulement, il a l'impression de n'avoir jamais uriné comme il urine actuellement.

Observation LXIII.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

C... Louis, 80 ans.

Hospitalisé à la suite d'une rétention d'urine avec miction par regorgement.

Pleurésie gauche à 65 ans ; pérityphlite l'année suivante.

L'affection urinaire débuta en 1935, caractérisée par une dysurie progressive avec jet de plus en plus faible, pollakiurie intense (10 à 15 mictions par nuit), tenesme vésical et pesanteur périnéale. Mauvais état général : asthme, inappétence, ventre ballonné, amaigrissement de 20 kilos en deux ans.

Urée sanguine : 0,68 0/00 abaissée à 0,27 0/00.

T. R. Prostate augmentée de volume en bloc ayant une surface granuleuse avec des noyaux indurés, de consistance dure mais non ligneuse.

18 février 1937, *RESECTION.*

Hémorragie instrumentale nécessitant un long lavage de vessie ; il existe un lobe médian et deux gros lobes latéraux.

On détruit la saillie médiane, mais les coupes sont hémorragiques. On entame les lobes latéraux sans obtenir la régularisation du col, le fonctionnement de l'appareil devenant defectueux. Poids : 8 gr.

SUITES. Pas de réaction thermique ; les urines sont claires, les mictions demandent un certain effort, la vessie se vide incomplètement.

DEUXIEME RESECTION. 29 février 1937.

Il persiste encore une bonne partie des lobes latéraux dont on détruit 4 grammes.

SUITES. Une seule poussée thermique à 38°, les urines sont rosées le soir de l'intervention. Les mictions restent pénibles.

22 mars 1937, TROISIEME RESECTION.

Malgré les deux premières interventions, il existe toujours deux saillies latérales appréciables ; on fait à leur niveau, pendant une demi-heure, de bonnes sections, et l'aspect du col devient satisfaisant. Poids : 11 gr.

Les trois résections totalisent 23 grammes.

SUITES. Température normale, les urines sont sanglantes pendant trois jours ; le malade urine sans difficulté aucune les résidus baissent progressivement : 60, 80 puis 40 cc.

9 avril 1937, Incontinence d'urine assez marquée.

14 avril 1937, l'incontinence s'améliore nettement.

18 mai 1937, le malade regagne son domicile avec un urinal en caoutchouc.

18 juillet 1937. Incontinence complètement disparue, mictions normales, résidus nuls.

Observation LXIV.

(Opérateur : D^r R. GAYET)

C... Adrien, 66 ans.

Entré dans le service le 2 février 1937 en rétention d'urine complète. Accident analogue 7 ans auparavant.

La mise en place d'une sonde à demeure est difficile ; les urines restent sanglantes pendant quatre jours.

Réformé durant le service militaire pour bronchite chronique. Pleurésie droite à 39 ans ; un enfant mort à 17 mois de méningite bacillaire, mauvais état général, toux et expectoration presque continuelles.

Depuis sa pleurésie, le malade présente de la pollakiurie, des urines troubles.

Urée sanguine : 0,92 0/00 ; K : 0,19.

T. R. Prostate de consistance normale, bien délimitée, avec hypertrophie du lobe droit.

18 février 1937, *URETROSCOPIE*.

Pas de signe de Marion, mais au niveau du col, irrégularité du côté droit où il existe un lobe légèrement saillait. Allongement de la fossette sus-montanale.

26 février 1937, *RESECTION*.

On pratique un évidement du côté droit et une petite rigole sur la partie inférieure du col. Petite hémorragie de la tranche de section, arrêtée par une bonne hémostase. Poids : 2 gr. 50.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 37°9 ; les urines sont rosées la nuit de l'intervention, claires le lendemain. La miction spontanée est rétablie six jours après l'intervention avec des résidus de 50, 15 et 28 cc.

8 avril 1937. Se présente à la consultation externe ; les mictions n'exigent aucun effort ; légère pollakiurie nocturne, urines louches, résidu : 20 cc.

20 novembre 1937, *SUITES ELOIGNEES*.

Le malade se déclare très satisfait de l'opération ; ses mictions sont normales ; il se lève rarement la nuit pour uriner. Les urines sont un peu louches. Résidu : 12 cc.

Observation LXV.

(Opérateurs : Professeur GAYET, Dr R. GAYET)

R... Claude, 80 ans.

Début des troubles urinaires en février 1936 par de la pollakiurie et de la dysurie. Puis s'installe une incontinence par regorgement et les urines deviennent très troubles.

A l'entrée, température subfébrile, anorexie, petits signes d'intoxication urémique. Le malade est en rétention d'urine complète, la vessie remonte à l'ombilic.

Dans les antécédants on relève une hémorragie à 26 ans, et une insuffisance hépatique.

A l'examen : teinte jaune des téguments, au cœur assourdissement du premier bruit avec trouble du rythme. Au

niveau du mamelon gauche, tumeur ulcérée non adhérente aux plans profonds. Hydrocèle droite.

T. R. Prostate augmentée de volume, à contours supérieurs flous, bosselée, très fixée, présentant une dureté ligueuse. Lobe droit plus volumineux que le gauche.

15 mars 1937. Urée sanguine : 0,43 0/00 ; les urines se sont éclaircies.

16 mars 1937. RESECTION.

La prostate fait une saillie vésicale en bloc. Une bonne partie du col est libérée, après un certain nombre de sections. Pas d'hémorragie. Poids : 4 gr.

SUITES. Température maxima : 38°. Les urines sont à peine rosées le soir de l'intervention.

Le malade urine spontanément, mais avec une petite difficulté et présente des résidus de 135, 120, 120.

On décide une seconde intervention.

19 avril 1937. DEUXIEME RESECTION.

On resèque des fragments sur les côtés et à la partie inférieure où il existe des irrégularités. Avant de pratiquer l'hémostase, l'anse se casse, mais on arrive à tarir des petits suintements sanguins. Poids : 3 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 37°8.

Urines sanguinolentes pendant deux jours. La miction s'opère sans difficulté. Légère incontinence d'urine. Résidu : 75 cc.

Observation LXVI.

(Opérateur : Pr GAYET)

G... Benoît, 83 ans.

S'est présenté spontanément à la consultation externe pour dysurie, diminution de la force du jet, et une rétention complète.

A l'entrée, un sondage après miction ramène 220 cc. d'urines troubles. Dans les antécédants, une vieille bronchite chronique.

Urée sanguine : 0,43 0/00 ; K : 0,11.

T. R. Prostate augmentée de volume, de consistance élastique, bien délimitée, non douloureuse.

CYSTOSTOMIE le 28 février 1937. Suites normales.

On avait décidé la prostatectomie, mais une urétroscopie montre deux petits lobes latéraux et un lobe médian justiciables d'une petite intervention.

23 mars 1937. *RESECTION*. Au bout de trois coupes sur le lobe médian, le courant devient uniquement coagulant sans que l'on puisse obtenir la coupe. Poids : 0 gr. 50.

SUITES. Une poussée thermique à 39°4

16 avril 1937. *DEUXIEME RESECTION*. Sans incident aucun on resèque de gros fragments au niveau des différentes saillies. Poids : 9 grammes.

SUITES. Température maxima : 37°8 ; urines sanglantes le soir de l'intervention. Mictions normales ; résidu nul.

Observation LVII.

(Opérateur : Dr R. GAYET)

D... Claude, 70 ans.

Hospitalisé le 2 mars 1937 à la suite d'une rétention d'urine complète. Pollakiurie et dysurie continues, deux ans avant la rétention. Congestion durant la guerre ; éthylysme, gros foie, ascite, œdème des membres inférieurs.

Urée sanguine : 0,43 0/00 ; K : 0,09.

RESECTION. Rétrécissement du méat nécessitant la méatotomie.

Il existe deux petits lobes latéraux dont le gauche est plus saillant et une barre du col. On resèque la barre, le lobe droit et une partie du gauche en se promettant d'intervenir à nouveau, le malade commençant à sentir. Poids : 2 gr. 50.

SUITES IMMEDIATES. Courbe thermique à oscillations avec plusieurs clochés à 40°. Gros râles à la base pulmonaire gauche.

Les mictions sont pénibles et incomplètes.

20 avril 1937. Etat général excellent, disparition des œdèmes, température normale. La dysurie persiste.

22 avril 1937. *DEUXIEME RESECTION*.

Le lobe droit et la barre ont été complètement détruits; le lobe est par contre presque intact. Sa mise à plat s'opère sans incident. Poids : 4 gr. 30.

SUITES. La résection n'a provoqué aucune réaction; les mictions sont normales après ablation de la sonde; résidu nul.

13 février 1937. *SUITES ELOIGNEES*, œdème des membres inférieurs, gardant l'empreinte du doigt. Les mictions sont normales, le malade se lève rarement la nuit. Urines un peu louches, résidu nul.

Observation LXVIII.

(Opérateur : Dr R. GAYET)

L... Joseph, 80 ans.

Hospitalisé le 27 février 1937 pour rétention d'urine aigue.

Début des troubles urinaires en octobre 1936 : Pollakiurie, dysurie; urines troubles.

A l'entrée, malade amaigri, température : 38°5.

Arythmie cardiaque, ronchus et sibilances dans les deux champs pulmonaires.

Urée sanguine : 0,48 0/00.

T. R. Prostate augmentée de volume, étalée, avec des limites latérales peu nettes, de consistance ferme.

14 avril 1937. *URETROSCOPIE.* Col irrégulier avec des saillies mamelonnées presque pédiculées; proéminence de deux lobes latéraux plus marquée à gauche.

15 avril 1937. *RESECTION.* La résection est facile à droite, difficile à gauche où le lobe disparaît dès qu'on veut l'entamer. Hemorragie abondante nécessitant une longue coagulation. Poids : 13 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 38°8; après ablation de la sonde les mictions sont spontanées et normales. Résidu : 30 cc.

24 avril 1937. Le malade regagne son domicile en très bon état, avec un résidu de 30 cc.

SUITES ELOIGNEES. Bon état général, mictions normales, urines claires, résidu nul.

Observation LXIX.

(Opérateur : D^r R. GAYET)

D... Jacques, 70 ans.

Hospitalisé le 12 avril 1937 pour rétention d'urine complète. Pollakiurie et dysurie depuis six mois.

Réformé pour faiblesse de constitution ; surdité de l'oreille gauche ; grippe espagnole en 1918.

Urée sanguine : 0,28 0/00 ; réaction de Besredka très positive : 4.

T. R. Prostate complètement atrophiée.

URETROSCOPIE. Col déformé par deux petits lobes latéraux et une barre.

27 avril 1937, RESECTION. La section du tissu prostatique se fait en un minimum de temps. On détruit successivement la barre et les lobes latéraux. Poids : 4 gr. 50.

SUITE IMMEDIATES. Température maxima : 39°2 ; urines rosées le soir de l'intervention. Miction normale, résidu 20 cc.

15 mai 1937. Vu à la consultation externe, légère pollakiurie, urines troubles mais miction sans effort et résidu nul.

SUITES ELOIGNEES. 4 décembre 1937. Le malade convoqué se présente à la consultation externe. Les mictions ont toujours été normales depuis qu'il a quitté l'hôpital, les urines claires ; résidu nul.

Observation LXX.

(Opérateurs : Professeur GAYET, D^r R. GAYET)

D. Claude, 68 ans.

Admis à la clinique urologique en état de rétention complète. Les troubles urinaires apparaissent à l'âge de 60 ans parmi lesquels la dysurie est le plus caractérisé.

Six mois avant l'hospitalisation, le malade devient un rétentionniste incomplet avec miction par regorgement.

Blennorragie à l'âge de 25 ans ; rétrécissement quinze ans après.

Bronchite chronique, emphysème. Arythmie cardiaque et bruit de galop. Amaigrissement, anorexie, diarrhée, œdème des membres inférieure.

Urée sanguine : 0,65 0/00 abaissée à 0,39 0/00.

T. R. Prostate augmentée de volume surtout dans sa partie droite, de consistance normale.

23 mars 1937, *URETROSCOPIE*. Vessie à cellules et à colonnes, hypertrophie du muscle interureterique. Léger œdème du col où l'on voit des deux côtés une saillie plus accusée à gauche. Petite barre prostatique.

6 avril 1937, *CYSTOSTOMIE*. Suites normales.

29 avril 1937, *TENTATIVE DE RESECTION*. Le malade remue constamment, se montre d'une indocilité complète. On fait deux coupes au niveau de la barre et on retire l'appareil sans avoir pu coaguler correctement, le malade devenant insupportable.

SUITES. Température maxima : 38°4 ; la sonde urétrale est arrachée à plusieurs reprises. Urines sanglantes, petites urétrorragies.

7 mai 1937, Température 39°, grosse hémorragie. Les urines restent colorées quatre jours durant.

9 mai 1937. Le malade est emmené par sa famille.

11 mai 1937, Revient dans le service, teint jaunâtre, urines claires.

25 mai 1937. L'état général s'est sensiblement amélioré.

RESECTION. Destruction de la barre et d'une petite partie des deux lobes, plus avancée à gauche. Poids : 4 gr. 75.

SUITES. Deux poussées thermiques à 38°2 et un clocher à 38°9. Urines rosées pendant deux jours.

L'orifice de cystostomie se ferme lentement, le malade arrachant continuellement la sonde.

21 juillet 1937. Fermeture de l'orifice de cystostomie.

30 juillet 1937. Mictions spontanées, résidu : 10 cc. Urines claires.

Observation LXXI.

(Opérateurs : Professeur GAYER, Dr SAAD)

M... Jean, 69 ans.

Hospitalisé le 2 mai 1937 en rétention d'urine aiguë. Début des troubles urinaires en avril 1935 par de la pollakiurie. Deux mois avant son entrée à la clinique, le malade éprouvait des difficultés de plus en plus grandes à uriner.

A l'entrée, bon état général apparent, vessie remontant à l'ombilic, urines troubles.

Gros foie, taches purpuriques. Aux poumons, ronchus et sibilances disséminés.

Kahn. Présomption et B. W. légèrement positifs ; urée du sang : 0 gr. 52 0/00.

T. R. Prostate un peu augmentée de volume, plus saillante à droite où le lobe remonte plus haut, de sorte qu'il est perçu à bout de doigt. Consistance uniformément dure.

10 mai. *URETRO-CYSTOSCOPIE* et *RESECTION*.

Vessie normale. L'obstacle est constitué par un lobe médian, un lobe latéral gauche et des irrégularités à droite. On resèque plusieurs fragments en insistant surtout à gauche où la saillie est plus marquée. On coagule un vaisseau sur le versant vésical. Poids : 5 gr.

SUITES IMMEDIATES. Deux poussées thermiques aux environs de 39°, température subfébrile pendant les cinq premiers jours. Pas d'hémorragie. Mictions spontanées, légère pollakiurie, urines troubles, premier résidu : 50 cc.

30 mai. Quitte le service urinant sans gêne, résidu : 20 cc.

26 juin. Mictions satisfaisantes, résidu : 10 cc. d'urines troubles.

DEUXIEME SEJOUR. Les mictions étaient devenues plus fréquentes et nécessitaient parfois des efforts.

On laisse une sonde à demeure, et lorsqu'on tente de la supprimer, le malade ne peut uriner pendant toute une matinée ; le soir, frissons, température à 40°. Au bout de deux jours de sonde à demeure, tout rentre dans l'ordre.

24 août. *DEUXIEME RESECTION*.

Les saillies décrites précédemment sauf à droite, persistent en grande partie. Elles sont abrasées jusqu'à ce que du veru-montanum on voit le fond et les faces latérales de la vessie. Pas d'hémorragie, mais petits suintements sanguins que l'on arrête facilement. Poids : 6 gr.

SUITES IMMEDIATES. Température subfébrile pendant les quatre premiers jours, normale ensuite. Les mictions sont redevenues très satisfaisantes.

6 septembre. Quitte le service, urines claires, résidus nuls.

18 septembre. L'état urinaire se maintient, urines un peu louches, résidu 15 cc.

Observation LXXII.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

Il..., 82 ans.

Sondé matin et soir. Petite prostate faisant peu de saillie dans le rectum.

Traité pendant 7 jours par la sonde à demeure.

RESECTION sous rachi (scurocaïne, caféine, éphédrine).

Lobe médian et petit lobe labéral. Un diverticule. Résection sans difficulté. Hémostase facile.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 38°4. Sonde enlevée au bout de 48 heures. Urée : 0 gr. 44 0/00. Résidu : 280 gr. A la suite poussée de température et pyélite droite cédant à la sonde à demeure.

Peu à peu tout rentre dans l'ordre.

SUITES ELOIGNEES. Urine sans aucune difficulté, mais conserve un résidu autour de 100 cc., urines toujours troubles dues probablement à son diverticule.

Observation LXXIII.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

B... Jean-Joseph, 57 ans.

Hospitalisé le 1^{er} juin 1937 pour dysurie, pollakiurie, miction par regorgement. Les troubles, apparus en 1933-1934, se sont progressivement accusés.

Affection purpurique avec asthénie à 52 ans ; éthylisme moyen.

Urée sanguine : 0,43 0/00.

T. R. Prostate augmentée de volume présentant des petits noyaux indurés disséminés.

URETROSCOPIE. Vessie à cellules et à colonnes ; présence d'une barre prostatique derrière laquelle on voit une masse médiane ; muscle trigonal hypertrophié, col irrégulier à gauche.

8 juin 1937, RESECTION.

On réduit de façon appréciable les différentes saillies et le col reprend un aspect presque normal. Pas d'hémorragie. Poids : 5 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Le soir de l'intervention, température : 38°3.

Le 12 juin 1937, Orchite droite. Température : 39°6. Le lendemain : 40°2.

La sonde à demeure fait baisser la température qui remonte ensuite trois jours à 38°7 ; après une petite accalmie, nouvelle poussée à 39°8.

Les urines sont troubles et l'examen bactériologique met en évidence le colibacille. On traite le malade par du sérum de Vincent, et la température redevient normale en même temps que les urines s'éclaircissent.

28 juillet. Miction normale, résidu : 30 cc.

Les jours suivants, le malade vide presque intégralement sa vessie et présente un bon état général.

Observation LXXIV.

(Opérateurs : Professeur GAYET, Dr SAAD)

L..., Camille, 73 ans.

Envoyé de l'infirmerie de porte où il était entré pour hématurie. Réformé pour hernie gauche; en 1912, hémoptysie; longtemps soigné pour lésions pulmonaires bacillaires; en février 1937, crachats sanglants.

Les troubles urinaires remontent à octobre 1936; pollakiurie nocturne, douleurs à la miction, urines troubles.

Urée sanguine : 0,43 0/00; B. W.; Kahn, très positifs; Meinicke, très positif.

T. R. Prostate peu augmentée de volume, à limites supérieures imprécises, non adénomateuse.

Le malade ne peut uriner par ses propres moyens; sonde à demeure.

25 avril 1937, *CYSTOSTOMIE*. Suites normales.

5 mai 1937. Cystoscopie. Séparation.

Bonne capacité vésicale; orifice urétral droit congestif; catététherisme facile des deux côtés.

Urétroscopie: Cellules et colonnes; petite déformation du col à gauche où il existe une légère convexité. Le verumontanum est augmenté de volume.

On tente à plusieurs reprises de supprimer la sonde, mais le malade n'urine pas.

11 juin 1937, *RESECTION*.

On résèque quelques fragments à la partie inférieure du col et plusieurs à la portion gauche. La fin de l'intervention est rendue pénible, le courant coupant très peu. Poids: 2 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima: 38°5; dès ablation de la sonde, mictions spontanées, résidus nuls. Les urines sont rosées les deux jours qui suivent l'intervention.

2 juillet 1937. Le malade quitte le service, urinant facilement et vidant complètement sa vessie.

27 juillet 1937. Se présente à la consultation externe avec une incontinence d'urine.

URETROSCOPIE. Peut-être existe-t-il un lobe sous-cervical.

12 août 1937. L'incontinence s'est notablement améliorée ; mictions sans efforts, résidu de 30 cc. ; urines troubles.

26 août 1937. Le malade ne perd plus ses urines, ses mictions sont normales.

SUITES ELOIGNEES. Mictions satisfaisantes, urines parfois louches, légère pollakiurie, résidus variant de 15 à 30 cc.

Observation LXXV.

(Opérateurs : Professeur GAYET, Dr VERRIÈRE)

D... Joseph, 76 ans.

Hospitalisé d'urgence pour rétention d'urine aiguë le 6 juin 1937. Apparition des troubles urinaires il y a deux ans ; pendant la même année, hémiplegie droite ayant rétro-cédé en partie.

Les réflexes achilléens et rotuliens ne sont pas obtenus : pas d'Argyll-Robertson.

Hydrocèle droite ; urines troubles.

B. W. et autres réactions négatives ; urée sanguine : 0,38 0/00 ; K 0,08. Tension artérielle : 18/10,5.

Prostate ne bombant pas dans le rectum, un peu plus développée à droite ; de consistance normale.

14 juin 1937, RESECTION.

Barre prostatique assez élevée et deux lobes latéraux saillant modérément dans la vessie.

Sans incident, on abrase en partie ces différents obstacles. Poids : 6 grammes.

SUITES afébriles à part une poussée thermique à 39° ; pas d'hémorragie. La miction spontanée est impossible.

2 juillet 1937, DEUXIEME RESECTION.

On pousse plus loin le travail accompli à la première séance. Poids : 6 grammes.

SUITES. Pas de réaction thermique jusqu'à l'ablation de la sonde urétrale, la température oscille alors aux environs de 39° en même temps qu'on note des résidus de 216 et 215 cc.

20, 21, 22 juillet, température normale, mictions nécessitant un léger effort, résidus : 130, 115, 180 cc. Une troisième intervention est indiquée.

Le 11 juillet 1937, TROISIEME RESECTION sous-rachianesthésie.

La barre prostatique a été complètement enlevée, mais il persiste encore une portion des lobes latéraux que l'on s'attache à réséquer. Poids : 6 grammes.

Les trois résections totalisent dix-huit grammes de tissu prostatique.

SUITES IMMEDIATES. Pendant les deux premiers jours qui suivent l'intervention, température : 39°. Les mictions sont normales, les urines se sont bien éclaircies. Résidus : 30, 20 cc.

27 juillet 1937. Le malade insiste pour quitter le service bien qu'il ait une température à 38°3. Mictions faciles, résidu : 60 cc.

Observation LXXVI.

(Opérateur : Professeur GAYET)

D... Joseph, 65 ans.

Entré dans le service le 25 mai 1937 en rétention d'urine complète. Accident analogue en 1934 survenu brusquement après une fatigue. Après cette crise s'installe une pollakiurie progressive.

Bon état général, urines troubles.

Urée sanguine : 0,95 0/00 abaissée à 0,35 0/00.

T. R. Petite prostate avec un lobe gauche un peu plus volumineux qu'à droite.

16 juin 1937, RESECTION.

La partie inférieure du col est irrégulière ; le lobe gauche fait une saillie intra-vésicale modérée. On régularise le col, mais on est sans cesse gêné par une hémorragie. L'hémostase n'est pas très satisfaisante. Poids : 6 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Le soir de l'intervention la sonde est bouchée par un caillot ; température à 40°. Un lavage chaud ramène plusieurs caillots.

26 juin 1937. La température, qui était normale depuis trois jours, oscille aux environs de 38°. Les mictions sont normales, les urines se sont éclaircies, résidu : 8 cc. Le malade insiste pour quitter le service malgré une température subfébrile.

Observation LXXVII.

(Opérateur : Dr SAAD)

M... Emile, 58 ans.

Signes de prostatisme remontant à plusieurs années se manifestant par un retard du jet et une diminution de sa force. En juin 1936 s'installe une pollakiurie nocturne (4-5 fois), puis une incontinence par regorgement.

Le malade était en traitement dans un service de neurologie parce qu'il avait présenté un ictus avec aphasie consécutive ayant duré quelques jours.

À l'entrée, malade à mauvais état général, très omnibulé, à mémoire déficiente, présentant une température subfébrile. La vessie contenait un résidu de 220 grammes d'urines troubles. Gros disque d'albumine, tension artérielle : 24/14.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont lents à droite; absence des cutanés abdominaux.

Le lendemain de son hospitalisation, le malade avait une urée sanguine à 0,56 0/00 et une constante d'Ambard à 0,16.

T. R. Prostate nettement augmentée de volume, dure, diffuse à droite.

Après un traitement approprié, l'urée sanguine tombe à 0,30 0/00.

22 juin 1937. Alors qu'il était dans la cour en compagnie de sa famille, le malade fait un ictus avec aphasie et paralysie faciale droite, qui rétrocedent en quelques heures. Cet accident n'a été connu que le lendemain, au moment où on commençait l'intervention.

23 juin 1937. RESECTION.

L'urétroscope montre une barre du col très élevée et deux volumineux lobes latéraux.

Plusieurs coupes sont faites au niveau de la barre que l'on détruit intégralement. On entame les lobes latéraux sans les achever, le malade commençant à sentir les coupes au bout de 40 minutes. On coagule les zones qui saignent, mais on ne peut atteindre de nombreux vaisseaux sur la partie supérieure du col. Poids : 4 grammes.

SUITES IMMEDIATES. On est appelé l'après-midi auprès de l'opéré. Celui-ci est shocké, pâle, sa vessie est perceptible au-dessus du pubis. Deux sondes ont été changées, qui se bouchaient aussitôt après.

Avec la chemise du résestoscope on aspire un assez grand nombre de caillots, mais ils n'expliquent pas l'existence d'un gros lobe vésical. Sous le contrôle de la vue, on coagule des points saignotants au plancher et sur les côtés, mais les vaisseaux de la partie supérieure sont inaccessibles. Pendant ces manœuvres on constate deux faits : 1° anesthésie de l'adénome du côté gauche ; réaction normale à droite ; 2° alternatives de diminution et d'arrêt de l'hémorragie, avec périodes de reprise. La température est à 37°8, le pouls est faible, mais régulier. Le lendemain de l'intervention les urines sont à peine rouges, la température normale, l'état général satisfaisant.

L'ablation de la sonde est l'occasion d'une poussée thermique à 38°8 ; la miction nécessite des efforts ; résidu : 285 cc.

Les jours suivants la miction est plus aisée et les résidus varient entre 110 et 120 cc.

Le malade quitte le service dans cet état. Il est revu à la consultation externe à plusieurs reprises ; il urine sans effort, se lève 3-4 fois la nuit, sa vessie se vide presque complètement (20-40 cc. de résidu), mais les urines sont très troubles. Nous conseillons l'hospitalisation dans un asile de vieillards.

Observations LXXVIII.

(Opérateur : D^r VERRIÈRE)

O... Clovis, 58 ans.

Hospitalisé le 10 juin 1937 pour dysurie et pollakiurie datant de cinq ans. Les mictions sont très fréquentes (dix fois la nuit), impérieuses, retardées ; le jet est diminué de force. Le malade est père de cinq enfants dont l'un présente des crises épileptiformes espacées.

Urée sanguine : 0,44 0/00.

T. R. Prostate uniformément augmentée de volume.

URETROSCOPIE. Vessie à cellules et à colonnes, col et région trigonale légèrement enflammés. Barre prostatique, col irrégulier à gauche, normal du côté opposé.

Les résidus sont inférieurs à 50 cc.

29 juin 1937 RESECTION sous-rachi-anesthésie.

On détruit facilement la barre et on régularise le col. On coagule des petits points qui saignent. Poids : 4 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 38° pendant un jour, normale ensuite. Les urines présentent la teinte normale. Mictions sans efforts mais plus fréquentes qu'avant la résection ; la vessie se vide intégralement. Cette pollakiurie intense (parfois 15 à 20 fois la nuit), n'est pas calmée par les antiseptiques. On met une sonde à demeure et on institue un traitement calmant.

13 juillet. La pollakiurie a considérablement diminué, le malade quitte le service urinant facilement. Résidus nuls.

Observation LXXIX.

(Opérateur : D^r VERRIÈRE)

P... P., 65 ans.

Dysurie avec pollakiurie, hospitalisé en décembre 1936. Se lève 5 ou 6 fois la nuit.

Début des troubles, il y a 16 mois.

Etat général peu satisfaisant : Ancienne fracture de la colonne, gastro-antéro-anostomose pour ulcère de l'estomac.

T. : 17-10.

T. R. Prostate petite, irrégulière ; lobe droit augmenté de volume ; atrophie du gauche.

Traitement médical ; pas d'amélioration ; a eu une orchite.

Le 8 juillet 1937. RESECTION. Anesthésie épidurale, 30 cg. de seurocaïne, après caféïne-éphédrine. Existence d'une petite hypertrophie prostatique avec barre médiane et deux petits lobes latéraux. Opération très satisfaisante. Poids : 5 gr.

SUITES IMMEDIATES. Température à 38° maximum le troisième jour. Sonde enlevée au septième jour. Part au dix-huitième jour. Aucun résidu, aucune difficulté pour uriner.

Sondage fait régulièrement pendant trois semaines avec lavages de vessie.

Depuis, bonnes nouvelles : Ne se lève plus qu'une fois la nuit, n'a plus de difficultés pour uriner.

Observation LXXX.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

P... Louis, 76 ans.

Entré dans le service le 30 juin avec une cystostomie faite à la suite d'une rétention d'urine complète, le 6 octobre 1936. Les premiers troubles urinaires remontent à 1933 et se sont accusés progressivement.

Pleurésie à l'âge de cinquante ans.

A l'entrée, malade amaigri, à mauvais état général. Les urines sont troubles.

Cœur : Tachycardie, arythmie.

Poumons : Séquelles de pleurésie.

Urée sanguine : 0,32 0/00 ; K : 0,13.

T. R. Grosse prostate étalée, irrégulière, de consistance assez dure, fixe en certains points.

L'état général contre-indique nettement le second temps.

12 juillet 1938. RESECTION.

Grosse vessie à cellules et à colonnes. On met en évidence une barre du col et deux lobes latéraux saillants.

On débute par la section de la barre qui se réalise facilement. Les lobes latéraux sont abrasés jusqu'à vision libre des faces latérales de la vessie. Poids : 4 grammes.

SUITES IMMEDIATES. La température reste normale. On s'attache à fermer l'orifice de systostomie. Après ablation de la sonde urétrale, les mictions sont spontanées ; résidu 10 cc.

Cinq jours après la suppression de la sonde urétrale, température à 40°2, résidu 50 cc., urines troubles. On remet la vessie au repos et la température tombe à la normale. Fermeture de l'orifice de cystostomie ; le lendemain température 38°2, urines hémorragiques.

2 septembre 1937. Le malade urine facilement, il éprouve des brûlures à la miction et se lève 2-3 fois la nuit. Urines louches, résidus nuls.

Observation LXXXI.

(Opérateurs : D^r VERRIÈRE, D^r SAAD)

J. Benoit, 70 ans.

Hospitalisé le 30 avril 1937 à la suite d'une rétention d'urine complète. L'affection a débuté six mois auparavant par une dysurie progressive, accompagnée les derniers temps d'une incontinence par regorgement.

A l'entrée, très mauvais état général, amaigrissement, vessie remontant à l'ombilic. Œdème des bourses et des membres inférieurs ; température subfébrile.

Urée sanguine : 2 gr. 10 0/00, puis 0,69 0/00 et 0,30 0/00.

19 mai 1937. *CYSTOSTOMIE.* Suites simples.

Le malade présente une petite escarre plantaire ; on fait un B.W. qui est négatif.

T. R. Prostate légèrement augmentée de volume avec prédominance à gauche.

13 juillet 1937. *RESECTION.*

Il existe une arête du col et un gros lobe latéral gauche faisant une saillie intravésicale. Du côté droit, deux petits mamelons, mais pas de lobes vrais.

On résèque quelques fragments sur la partie inférieure du col et un grand nombre au niveau de la saillie gauche. Petite hémorragie au niveau du veru-montanum ; bonne hémostase. Poids : 3 gr. 50.

SUITES. Température maxima 38°2, urines rosées pendant deux jours. En supprimant la sonde urétrale et en bouchant la sonde hypogastrique, le malade urine spontanément mais avec une certaine difficulté et en conservant 300 grammes d'urine dans la vessie.

9 août 1937. DEUXIEME RESECTION, sous rachiasnésie.

On abrase une portion de la barre restante et les deux petits mamelons du côté droit. Il se produit une hémorragie en nappe assez difficile à arrêter ; l'hémostase est cependant satisfaisante. Poids : 6 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima 39°, normale ensuite à part trois clochers aux environs de 38°.

La miction s'opère facilement, mais le malade présente de l'incontinence qui diminue après un traitement, sans disparaître complètement et le malade quitte le service porteur d'un appareil. L'état général est excellent, les urines claires, les résidus nuls.

Observation LXXXII.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

D..., 60 ans.

Bronchite chronique avec emphysème.

Dysurie avec urines infectées et canal sec, dans son ensemble ayant perdu de sa souplesse.

T. R. Petite prostate.

Résidu constant de 100 grammes d'urines troubles. Le traitement médical, sondage régulier, antiseptiques n'a amené aucune amélioration.

On décide une résection.

Juillet 1937. Le malade a été régulièrement dilaté depuis plusieurs semaines et l'on peut passer un béniqué n° 50 sans difficulté. 48 heures de sonde à demeure.

RESECTION. Epidurale, scurocaïne 25 cgr., éphédrine, caféine.

Il existe essentiellement une barre que l'on résèque facilement. Pas d'hémorragie. Poids : 4 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Le lendemain, température à 39°8 qui s'abaisse en dessous de 38° le lendemain.

Sonde enlevée le 8^e jour : 35 grammes de résidu.

Le malade part 14 jours après l'intervention.

Aucune complication ultérieure.

Revu 2 mois après, pas de résidu. Se lève 2 fois la nuit.

Observation LXXXIII.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

B..., 70 ans.

Hospitalisé en juin 1937 pour troubles urinaires datant d'un an et demi. Plusieurs rétentions d'urine complètes, entrecoupées de dysurie très marquée.

A l'entrée : Malade à mauvais état général, à urines très troubles ; température subfébrile.

Urée sanguine légèrement augmentée.

T. R. Prostate augmentée de volume, ayant nettement les caractères de la cancérisation.

CYSTOSTOMIE. Mise en place d'un tube de radium de 48 mmgr.

Suites normales.

Le malade demande avec insistance qu'on lui ferme son orifice de cystostomie.

Juillet. *URETROCYSTOSCOPIE* et RESECTION

L'obstacle est formé par un lobe médian et un lobe droit.

On résèque sans difficulté au niveau de ces deux saillies. Petite hémorragie ; bonne hémostase. Poids : 6 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Légère réaction thermique ; urines sanglantes pendant deux jours.

En bouchant l'orifice de cystostomie, le malade urine spontanément. Résidus inférieurs à 50 cc.

Trois semaines après l'intervention, mort par embolie cardiaque. Rien ne faisait prévoir cette évolution, le malade étant dans un état satisfaisant, tant du point de vue local que général.

Observation LXXXIV.

(Opérateur : D^r VERRIÈRE)

L... Léonard, 80 ans.

Hospitalisé d'urgence à la suite d'une rétention d'urine complète.

Le début des troubles urinaires remonte à dix ans, caractérisé par de la pollakiurie et de la dysurie.

Laryngite bacillaire à 40 ans ; syphilis ancienne.

A l'entrée, malade à mauvais état général, emphyséma-teux. Au cœur : souffle systolique, arythmie.

On retire de l'urètre postérieur un fragment de sonde Nèlaton d'environ 5 centimètres de long.

T. R. Grosse prostate congestive remontant assez haut.

5 juillet 1937. *CYSTOSTOMIE*.

Suites simples.

22 juillet, *RESECTION*.

Rachi-anesthésie.

Barre du col développée surtout à gauche ; deux gros lobes latéraux.

On est obligé de s'arrêter au bout de quatre ou cinq sections gêné par une hémorragie assez abondante. On ne peut l'arrêter, malgré tous les efforts, qu'incomplètement par la coagulation.

Suites afebriles, urines rosées pendant deux jours.

Temps de saignement : deux minutes et demie.

Temps de coagulation : cinq minutes.

10 août. *DEUXIEME RESECTION*.

Rachi-anesthésie.

On achève la destruction de la barre et on s'attaque au lobe gauche de haut en bas. Le malade saigne abondamment et on perd beaucoup de temps à coaguler.

Le lobe droit reste intact. Hémostase finale satisfaisante. Poids : 12 gr.

Suites. Urines hémorragiques le soir de l'intervention, température subfébrile.

En bouchant la sonde de cystotomie, la miction spontanée n'est pas obtenue.

4 octobre. TROISIEME RESECTION.

Rachi-anesthésie.

On fait de nombreuses coupes au niveau du lobe restant. Le malade saigne toujours facilement. Poids : 8 gr.

SUITES IMMEDIATES. Pas d'hémorragie, petite réaction thermique.

En bouchant la sonde de cystotomie le malade urine spontanément ; urines troubles, résidu 100 cc.

On s'attache à fermer la fistule hypogastrique.

1^{er} novembre. L'orifice de cystotomie est complètement fermé ; les mictions s'opèrent sans difficulté. Légère incontinence d'urine. Résidu 60 cc.

L'état général du malade s'améliore progressivement sans toutefois être très brillant. On note à plusieurs reprises des résidus de 10 cc. d'urines troubles. Le malade est transféré dans un asile de vieillards.

Observation LXXXV.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

A... Alphonse, 70 ans.

Pollakiurie, brûlures à la miction, dysurie, datant de deux ans. Puis rétention incomplète et lorsque le malade va consulter en janvier 1937, il présente un taux d'urée à 2 gr. 0/00 et un très mauvais état général. On lui fait alors une cystostomie qui l'améliore un peu. L'urée baisse très lentement.

Hospitalisé le 22 juillet 1937 à la Clinique Urologique, en vue d'une résection. L'urée sanguine est à ce moment à 1 gr. 65 0/00.

Petite hydrocèle droite, hydrocèle gauche opérée.

Les urines sont troubles et contiennent 0 gr. 60 0/00 d'albumine.

27 juillet 1937. Urée sanguine : 0 gr. 40 0/00 ; K : 0,11.

T. R. Prostate augmentée de volume, bombant dans le rectum, à limites nettes et de consistance normale.

28 juillet 1937. Ligature et section des déférents.

2 août 1937. RESECTION sous épidurale.

L'obscure est formé par une barre du col et deux lobes latéraux assez marqués.

L'anesthésie est très imparfaite et on ne peut que réséquer hâtivement la barre sans toucher aux lobes. Poids : 2 gr.

Les suites sont normales.

12 août 1937. DEUXIEME RESECTION sous rachianesthésie.

On résèque une portion restante de la barre et on entame fortement les deux lobes latéraux.

Pas d'hémorragie. Poids : 12 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Température : 38°. Urines légèrement teintées en rouge le soir et le lendemain de l'intervention.

Après fermeture de l'orifice de cystostomie et ablation de la sonde urétrale, le malade urine spontanément et sans effort. Résidu : 65 cc. Les urines sont troubles.

31 août 1937. On intervient pour fermer l'orifice de cystostomie, au niveau duquel il se produisait un petit suintement.

10 septembre 1937. Les urines se troublent davantage, on refait une cystostomie.

Le malade quitte le service sans fistule hypogastrique, urinant facilement, présentant des urines claires et un résidu de 50 cc.

Deuxième séjour,

Les urines étaient redevenues sales, les résidus avaient augmenté.

12 décembre 1937. TROISIEME RESECTION sous rachianesthésie.

Après beaucoup de difficultés pour introduire l'appareil, on reconnaît la disposition de la région prostatique et on comprend les échecs précédents. Il persiste un diaphragme constitué par la portion prostatique faisant saillie dans la vessie. La dernière résection s'est faite en creusant dans l'intérieur même de la prostate, et non en partant de l'intérieur de la vessie. Une fois que l'on a reconnu la disposition actuelle, l'acte opératoire est simple. On commence à réséquer sur la ligne médiane, puis on s'agrandit sur les côtés. Poids : 15 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 38°. Pas d'hémorragie. Mictions normales et sans résidus.

Observation LXXXVI.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

G., Félix, 77 ans.

Hospitalisé le 26 juin 1937 pour hématuries abondantes. La première en date est de 1932, toutes sont spontanées, durent quelques jours, cessent pendant deux ans ou réapparaissent de temps à autre sous forme de quelques gouttes de sang au début de la miction.

Depuis avril, les mictions nécessitent un effort mais jamais de rétention.

A l'entrée : Température normale, urines troubles et sanglantes, amaigrissement de 5 kgs, œdème des membres inférieurs.

Urée sanguine : 0,53 0/00.

T. R. Petite prostate de consistance normale.

28 juin 1937. **CYSTOSCOPIE.** A trois heures, assez gros polype, peu frangé, occupant une grande surface d'implantation.

On fulgure entièrement la tumeur.

20 juillet 1937. **URETROSCOPIE.** Nombreuses cellules et colonnes vésicales, cicatrices blanchâtres à trois heures. On aperçoit une barre et un lobe droit.

Le malade présente des résidus variant entre 50 et 70 cc., les mictions sont toujours difficiles.

28 juillet 1937. Sous anesthésie locale on pratique la section des déférents.

6 août 1937. **RESECTION** sous raché, on sectionne sans inciser la barre et le lobe droit. Poids : 2 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Pas de réaction thermique, urines rosées deux jours. L'ablation de la sonde provoque un clocher à 38°5. Mictions normales. Résidu nul.

20 août 1937. Quitte le service en excellent état.

Observation LXXXVII.

(Opérateurs : D^r VERRIÈRE, D^r SAAD)

F... Léonard, 68 ans.

Troubles urinaires depuis 1931, caractérisés par de la pollakiurie et de la dysurie. Jamais de rétention d'urine complète. Pendant les quelques jours qui ont précédé l'hospitalisation, le malade était obligé de faire de grands efforts pour uriner.

A l'entrée, assez bon état général, léger amaigrissement. urines troubles, résidu : 110 cc.

Albumine : 0 gr. 30 0/00 ; Urée sanguine : 0,55 0/00.

Bronchite chronique ; bruits cardiaques assourdis, extrasystoles.

T. R. Petite prostate, bien délimitée, de consistance normale.

13 août 1937. RESECTION.

Rachi-anesthésie basse de 5 centgr.

Vessie normale, quelques cellules et colonnes ; barre du col assez élevée oblique de droite à gauche. Latéralement il existe deux petites saillies sans qu'on puisse les étiqueter comme des lobes.

Au niveau de la barre on fait plusieurs sections jusqu'à obtenir un aspect satisfaisant. Il n'a pas paru nécessaire de réséquer sur les côtés du col. Bonne hémostase finale. Poids : 3 grammes.

SUITES. Apyrexie complète ; les mictions s'opèrent sans difficulté aucune, résidu : 20 cc.

11 septembre. Quitte le service, légère brûlure à la miction, résidus variant entre 10 et 20 cc.

4 octobre. Mictions satisfaisantes, se lève parfois la nuit, urines claires, résidu : 40 cc.

8 décembre. Constipation opiniâtre depuis quelques jours ; pollakiurie, dysurie, résidu : 100 cc., urines claires.

DEUXIEME SEJOUR. Etat général conservé.

Urée sanguine : 0,63/00 ; albumine : 0,33 0/00.

T. R. On sent surtout le lobe gauche de la prostate.

15 décembre. Urée sanguine : 0,26 0/00.

20 décembre. DEUXIEME RESECTION.

Rachi-anesthésie basse.

On voit un épaississement du col à la partie inférieure, indiquant un restant de la barre; latéralement, deux petites saillies.

On supprime les vestiges de la barre, et on régularise le col sur les côtés. Pas d'hémorragie. Poids : 2 gr. 50.

SUITES IMMEDIATES. — Température maxima : 38°5, urines rosées le soir et le lendemain de l'intervention.

Le malade urine facilement, ses urines sont légèrement troubles, résidu : 10 cc.

Observation LXXXVIII.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

D... Louis, 71 ans.

Hospitalisé pour hypertrophie prostatique le 25 septembre 1937. Le début de l'affection remonte à huit ans, caractérisé par une pollakiurie et une dysurie progressives. Jamais de rétention complète.

A l'entrée : Assez bon état général, amaigrissement de 4 kg.

Examen pulmonaire : Signes de bronchite chronique.

Urée sanguine : 1,08 0/00, abaissée à 0,45 0/00.

T. R. Prostate augmentée de volume ; les deux lobes sont nettement séparés par un sillon médian, leur consistance est dure, presque ligneuse, surtout du côté gauche où la saillie rectale est plus accusée. u côté droit, noyaux se prolongeant vers la vésicule. On porte le diagnostic clinique de néoplasme prostatique.

27 septembre 1937. Résidu : 350 cc.

URETRO-CYSTOSCOPIE. Cystite diffuse ; à 3 heures on note la présence d'une ulcération profonde cratériforme, d'une étendue d'une pièce de un franc. L'urètre postérieur est sinueux ; au niveau du col il existe un croupion prostatique irrégulier.

Le malade est soumis à un traitement vésical régulier.

18 août 1937. RESECTION sous rachianesthésie. La vessie

est complètement transformée, il ne reste que des vestiges de l'ulcère.

On crée dans la masse prostatique, un tunnel aussi régulier que possible. Le malade saigne peu, on fait une bonne hémostase finale. Poids : 17 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Le soir et le lendemain de l'intervention, température : 39°5, normale ensuite. Urines sanglantes pendant deux jours. Après ablation de la sonde, mictions faciles, mais légère incontinence qui cède rapidement au traitement.

On note les résidus suivants : 110 cc., 61, 100, 90, 50.

L'examen histologique conclut à une transformation maligne probable, sans qu'on puisse toutefois l'affirmer.

Observation LXXXIX.

(Opérateur : Dr SAAD)

L... Marc, 76 ans.

Depuis octobre 1936, difficultés à la miction, pollakiurie diurne et nocturne, diminution du jet.

A la suite d'une rétention, il entre dans le service où on pratique une cystostomie d'urgence. Les suites de l'intervention sont marquées par de grandes oscillations thermiques avec deux clochers à 40°, des urines troubles et un point douloureux costo-diaphragmatique.

7 août 1937. L'état général assez fortement atteint s'est considérablement amélioré.

Urée sanguine : 0,20 0/00.

T. R. Prostate de volume et de consistance normaux.

23 août 1937. RESECTION. L'urétroscope montre une barre du col et des irrégularités latéralement sans saillies propres.

L'opération consiste dans l'ablation de la barre et la régularisation du col. Aucun incident, hémostase parfaite. Poids : 3 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 39°2, normale le troisième jour. Les urines ont la teinte habituelle. La sonde urétrale n'est supprimée que le dix-huitième jour pour

permettre la fermeture de l'orifice de cystostomie. A ce moment les mictions sont normales, un seul résidu de 25 cc., la vessie se vide complètement par la suite.

Observation XC.

(Opérateur : Dr SAAD)

C... Jean-Louis, 65 ans.

Hospitalisé pour brûlures à la miction, pollakiurie et dysurie progressives, datant de sept mois.

A l'entrée : Malade apyrétique à bon état général, présentant des urines claires et un résidu de 10 cc.

Dans les antécédants, on ne relève aucun fait intéressant.

Urée sanguine : 0,40 0/00.

T. R. Prostate normale en consistance et en volume. Le malade s'était présenté à la Clinique urologique sur le conseil d'un ami « parce qu'on pouvait au début être guéri, sans avoir besoin d'opération ».

30 août 1937. *URETROSCOPIE*. Pas de colonnes, quelques cellules vésicales. Sur les côtés, il n'existe pas de saillie, mais quelques irrégularités à droite. Petite barre du col, oblique de droite à gauche.

3 septembre 1937. *RESECTION* sous rachianesthésie.

Ablation facile de la barre, jusqu'à vision nette du fond vésical. On fait deux ou trois prises sur le côté droit du col. Petit suintement sanguin que l'on arrête aisément. Poids : 3 gr.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 37°8. Les urines ne sont pas hémorragiques. La miction se fait sans effort, mais il persiste une légère pollakiurie. Résidu : 5 cc.

Quitte le service douze jours après l'intervention.

9 novembre 1937. Mictions normales, légère pollakiurie, urines claires, résidu nul.

Observation XCI.

(Opérateur : Professeur GAYET)

G... Jean, 54 ans.

Petits signes de prostatisme ayant augmenté progressivement et amenant une rétention d'urine complète et l'hospi-

talisation. Les troubles ont débuté en 1936, caractérisés surtout par de la lenteur et de la difficulté à la miction.

En 1926, le malade présente une douleur dans le flanc droit, s'irradiant suivant le trajet urétéral, sans autre symptôme. Le médecin diagnostique une insuffisance hépatique et le traite comme tel.

Urée sanguine : 0,39 0/00 ; K : 0,07.

T. R. Prostate augmentée de volume, remontant haut et infiltrant le plancher vésical.

L'épididyme gauche est gros, dur et scléreux.

22 septembre 1937. RESECTION. On reconnaît deux lobes latéraux très serrés ; en bas, pas de vraie barre, mais aspect de gorge de torrent entre deux falaises. Sans incident, on abrase les deux saillies de façon appréciable. Poids : 6 gr.

SUITES IMMEDIATES. Poussées thermiques à 38°. Urines légèrement sanglantes pendant trois jours. La première miction après ablation de la sonde urétrale, n'exige aucun effort, mais on retire après sondage 178 cc. d'urines claires.

Les jours suivants les résidus baissent, 56, 50 cc.

2 octobre 1937. Le malade quitte le service urinant aisément.

9 octobre 1937. Vu à la consultation externe : mictions normales, se lève parfois la nuit, résidu nul, urines claires.

Observation XCh.

(Opérateur : Dr SAAD)

A... A., 58 ans.

Hospitalisé à la suite d'une rétention d'urine aigüe. Le malade est sujet russe et son interrogatoire impossible. On apprend par sa femme qu'il est ancien colonel de l'armée, que les troubles urinaires ont débuté il y a cinq ou six ans, par de la pollakiurie et de la dysurie.

Blessé pendant la guerre par une balle à la colonne vertébrale, au niveau de la quatrième lombaire où il existe une assez forte proéminance.

Urines troubles, noyaux épидидymaires bilatéraux.

Urée sanguine : 0,60 0/00 ; K : 0,15.

T. R. Prostate de volume moyen, adénomateuse dont les lobes remontent haut dans le rectum.

30 août 1937. Orchite droite.

31 août 1937. Ligature et section des déférents.

23 septembre 1937. RESECTION. L'urée sanguine est à cette date de 0,43 0/00. Il existe une barre du col et deux lobes latéraux. On supprime la barre et on entame les saillies latérales sans les détruire complètement. Le malade saigne assez facilement et on est parfois obligé d'arrêter la section pour coaguler. Bonne hémostase finale. Poids : 3 grammes.

SUITES. Aucune réaction, urines rosées les deux premiers jours. La miction spontanée n'est pas possible. Paralysie faciale avec déviation de la bouche, ayant duré quelques heures.

6 octobre 1937. DEUXIEME RESECTION sous rachianesthésie. La barre a été complètement enlevée mais il persiste une bonne partie des lobes se projetant dans l'urètre. Après avoir réséqué 8 gr. de tissus, celui-ci est parfaitement libéré. Poids : 8 grammes.

SUITES. Le malade arrache sa sonde le lendemain de l'intervention, à 5 heures du matin. La température normale la veille, monte à 40°1. Elle baisse à 37°6 pour remonter à nouveau à 40°1 en même temps que se développe une énorme parotidite bilatérale et une plaque violacée (gangrène ?) sur le pouce droit, se propageant.

12 octobre 1937. Décès dans le coma.

Observation XCIII.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

C... Désiré, 67 ans.

Hospitalisé pour rétention d'urine datant de deux jours et échec d'une tentative de sondage.

Blennorrhagie à 17 ans ; à deux reprises, érysipèle de la face.

Ethylisme de 5 litres.

Le malade aurait toujours eu de la pollakiurie nocturne.

En juillet 1934, diminution de la force du jet et dysurie qui augmente par la suite graduellement.

L'exploration de l'urètre révèle un rétrécissement à 9 cm.; on ne peut sonder le malade que sur filiforme.

A l'entrée : Bon état général apparent, température 38°5, vessie à l'ombilic.

Urée sanguine : 0,45 0/00.

T. R. Prostate augmentée de volume, surtout à gauche. Les limites supérieures ne peuvent être bien suivies.

Consistance dure, mais non ligneuse.

Le malade est traité régulièrement par des dilatations.

13 septembre 1937. Température 38°8, résidu : 195 cc. Les jours suivants, les résidus varient entre 50 et 100 cc.

25 septembre 1937. RESECTION sous rachianesthésie.

On se trouve en présence d'un gros lobe latéral gauche ; à droite pas de saillie, mais quelques irrégularités. En retirant l'appareil, on aperçoit deux lobes sous-cervicaux.

On abrase une partie du lobe gauche et des lobes sous-cervicaux. Petite hémorragie facilement jugulée. Poids : 4 gr. 50.

SUITES IMMEDIATES. Le soir de l'intervention, température : 39°2, normale deux jours après. Urines teintées en rouge pendant 48 heures. La miction s'opère aisément, résidu : 8 cc. On note une seule fois un résidu de 90 cc., les autres jours, ils varient entre 12 et 40 cc.

Observation XCIV.

(Opérateur : Professeur GAYET)

G... Joseph, 58 ans.

Hospitalisé le 25 septembre 1937 pour troubles urinaires datant de 5 à 6 ans : pollakiurie, dysurie, brûlures à la miction.

Depuis deux mois, incontinence par regorgement

A l'entrée : Malade à bon état général, présentant des urines troubles.

Urée sanguine : 0,30 0/00.

Léger éthylisme, langue sèche, anorexie marquée.

T. R. Prostate de volume moyen, facilement délimitable, de consistance adénomateuse.

27 septembre 1937. *CYSTOSTOMIE*. Suites normales.

21 octobre 1937. *RESECTION*. Présence d'une barre prostatique avec bas-fond ; pas de lobes latéraux. Sur la partie gauche du col on voit un polype muqueux du volume d'une noisette.

On commence par détruire le polype, après quoi on libère la partie inférieure du col. Poids : 2 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Température maxima : 38° ; les urines ont été rosées pendant deux jours.

Les mictions n'exigent pas d'effort, mais la vessie se vide incomplètement (résidus : 110 et 100 cc.).

Observation XCV.

(Opérateur : Dr VERRIÈRE)

R... Joseph, 57 ans.

Hospitalisé le 8 août 1937 pour pollakiurie et dysurie datant de neuf mois.

Dans les antécédents, on relève un chancre mou et une atteinte paludéenne.

A l'entrée, bon état général, urines troubles, résidu 130 cc.

Troubles gastro-intestinaux.

Urée sanguine : 0 gr. 22 0/00 ; K : 0,06.

Noyaux épididymères du côté droit.

T. R. Prostate de moyen volume, à lobe gauche plus saillant, à contours nets et facilement délimitables en haut et sur les côtés, de consistance rénitante étendue à la base, mais très dure et ligneuse au niveau de la pointe et du lobe gauche.

On pose le diagnostic clinique de néo de la prostate.

URETRO-CYSTOSCOPIE.

On éprouve une grosse difficulté à pénétrer dans la vessie ; on a l'impression qu'au niveau du col il existe une gangue dure. On reconnaît une hypertrophie des muscles de la face postérieure et de la base de la vessie, ainsi qu'un soulèvement du plancher. Au niveau du col, barre, et lobe

gauche légèrement saillant.

23 août 1937. *PROSTATECTOMIE* partielle.

Le toucher confirme l'examen urétroscopique : lobe médian très dur que l'on arrive cependant à détacher, à droite, par contre, il semble s'agir d'un adénome simple.

26 août 1937. Mise en place d'un tube de radium de 48 mgrs sur sonde à demeure que l'on laissera 48 heures.

Suites simples.

L'examen histologique fait suspecter le néoplasme sans toutefois pouvoir l'affirmer.

29 septembre 1937. Quitte le service en très bon état général, urinant sans gêne avec un résidu de 50 cc.

16 novembre 1937. Alternative d'incontinence et de dysurie.

DEUXIEME SEJOUR. Le malade a eu plusieurs petites rétentions d'urine et l'incontinence semble augmenter d'intensité. Celle-ci doit être attribuée soit à l'action du radium ou, ce qui est plus probable, à un envahissement du sphincter par le processus néoplastique.

T. R. Prostate diminuée de volume, on sent deux lobes très indurés.

Le malade refuse une cystomie définitive.

8 décembre 1937. *RESECTION.*

Rachi-anesthésie basse.

Le passage de l'instrument est difficile au niveau de l'urètre postérieur où on sent un bloc dur. Le repérage du verumontanum est très malaisé.

On résèque une barre et des petites irrégularités à gauche. Pas d'hémorragie. Poids : 1 gr.

SUITES IMMEDIATES. Urines légèrement sanglantes le soir et le lendemain de l'intervention. Température maxima 37°9, le malade est cependant essoufflé et oppressé, et a présenté des vomissements pendant une journée.

18 décembre 1937. Orchite droite.

Les mictions n'exigent aucun effort, le malade ne se plaint que de son incontinence. Résidus : 70, 45, 11 cc.

Observation XCVI.

(Opérateur : Dr R. GAYET)

B... Francis, 65 ans.

Hospitalisé le 25 octobre 1937 pour troubles urinaires datant de deux ans : pollakiurie et dysurie progressives. Il y a un mois, rétention d'urine complète.

A l'entrée : vessie distendue, urines troubles, bon état général.

Urée du sang : 0,78 0/00 ; K : 0,15.

T. R. Prostate légèrement hypertrophiée de façon uniforme, de consistance normale.

3 novembre. *CYSTOSTOMIE*.

Suites normales.

16 novembre. L'urée sanguine tombe à 0,26 0/00.

22 novembre. *PROSTATECTOMIE*.

Suites. Le malade éprouve une certaine gêne pour uriner, ses mictions sont parfois fréquentes, résidu : 125 cc.

28 décembre. *URETROSCHOPIE*.

On constate l'existence d'une barre cervicale, d'un lobe latéral gauche et des signes d'inflammation de l'urètre postérieur.

30 décembre. *RESECTION*.

On abrase très facilement la barre et le lobe gauche.

Bonne hémostase finale. Poids : 5 gr.

SUITES IMMEDIATES. Urines rouges les deux jours qui suivent l'intervention. Température normale, à part deux clochers à 38°. Les mictions s'opèrent sans gêne aucune, les urines sont claires, les résidus nuls.

Observation XCVII.

(Opérateur Professeur GAYET)

R... Jean, 70 ans.

Hospitalisé le 24 novembre 1937 à la suite d'une rétention d'urine aiguë survenue après un abus de table. Petits signes de prostatisme s'étant bien caractérisés quelques temps avant

l'entrée dans le service, datant d'un an et demi.

A l'entrée : Bon état général, vessie distendue, urines louches.

Urée sanguine : 0,27 0/00 ; K : 0,06.

Les sondes sont difficilement admises dans l'urètre ; l'exploration ne révèle aucun rétrécissement, mais une légère induration au niveau de l'urètre postérieur.

T. R. Prostate augmentée de volume, plus saillante dans son lobe gauche, de consistance normale.

6 décembre. *CYSTOSTOMIE*. Suites normales.

3 janvier 1938. *RESECTION*.

Anesthésie épidurale.

On met en évidence une barre du col assez élevée et un lobe latéral gauche quelque peu saillant dans la vessie.

Sans incident on résèque la barre et on entame fortement le lobe gauche. Coagulation efficace de petits vaisseaux qui saignent. Poids : 6 gr. 50.

SUITES IMMEDIATES. Température subfébrile les premiers jours qui suivent l'intervention. Pas d'hémorragie. En bouchant la sonde de cystostomie, la miction spontanée est possible sans effort.

On s'attache à fermer l'orifice de cystostomie.

Observation XCVIII.

(Opérateurs : Professeur GAYET, D^r SAAD)

A. M..., 82 ans.

Hospitalisé pour pollakiurie, gêne à la miction, urines troubles.

Chancre mou à l'âge de 22 ans ; paludisme.

Traité à l'Hôpital Necker de Paris pour ces mêmes troubles ; en deux temps, par lithotritie on lui enlève un calcul vésical.

Urée du sang : 0,35 0/00.

URETRO-CYSTOSCOPIE.

Vessie à cellules et à colonnes ; signe de Marion positif. Présence d'une petite masse blanchâtre de la grosseur d'un

demi haricot. Il existe une barre du col derrière laquelle il y a un bas-fond.

Le malade éprouvant toujours de la gêne à la miction et ayant des petits résidus (20, 50, 25 cc.), on décide de pratiquer une résection.

6 janvier 1938, RESECTION.

Sous anesthésie épidurale.

On résèque la barre du col ; celui-ci reprend un aspect normal. A la fin de l'intervention on est très gêné par une hémorragie que l'on arrive cependant à maîtriser.

Poids des fragmeents : 3 grammes.

SUITES IMMEDIATES. Légère réaction thermique ; urines rosées le soir et le lendemain de l'intervention. Les mictions sont devenues absolument normales. Une seule fois, résidu de 20 cc. La vessie se vide complètement par la suite.

CHAPITRE VII

Complications de la Résection

La résection peut donner toutes les complications de la prostatectomie, avec cette différence que certaines d'entre elles, telles que l'hémorragie, l'infection, l'incontinence, de beaucoup les plus fréquentes, sont évitables.

Ces complications peuvent se classer ainsi :

1° Hémorragie

2° Infection

3° Urémie

4° Incontinence

5° Embolie

6° Phlébite

7° Exacerbation d'un processus néoplasique.

I. L'hémorragie.

On a beaucoup écrit sur l'hémorragie de la résection : certains auteurs se sont emparés de l'argument pour discrediter la méthode. La description qu'ils en font vise surtout la résection telle qu'elle se faisait avant 1920, et non comme elle se pratique actuellement avec l'appareil de Davis.

Nous avons décrit dans notre technique, la façon dont il fallait traiter une hémorragie et comment un opérateur entraîné pouvait constamment s'en rendre maître. Nous allons envisager dans ce chapitre toutes les hémorragies que l'on peut rencontrer aux différents temps de la résec-

tion bien que certaines d'entre elles soient contemporaines de l'acte opératoire.

A) Hémorragie par traumatisme instrumental.

Avant même de commencer l'intervention, on peut se trouver en butte à une urétrorragie. En effet, la dilatation au béniqué jusqu'au n° 60, destinée à faciliter le passage de l'appareil, même lorsqu'elle est faite avec douceur, peut être traumatisante pour une muqueuse sensible. L'introduction de l'urétroscope et du résectoscope vient alors aggraver le dommage. Celui-ci n'est pas grand si l'urètre seul est blessé, car la chemise de l'appareil exerce une compression et le sang s'arrête de couler. Si le plexus veineux de la partie supérieure du col est également intéressé, il faut faire l'hémostase et cela à un endroit où elle est parfois difficile.

Ces faits sont rares, en général toutes les manœuvres préparatoires sont réalisées dans de bonnes conditions.

B) Hémorragie de la tranche de section.

L'entaille faite par l'anse coupante sur la muqueuse vésicale et le tissu prostatique atteint nécessairement les vaisseaux sanguins. L'hémorragie se fait en nappe lorsqu'une veine est sectionnée et en jet lorsque c'est le cas d'une artère. Elle ne se reproduit pas à l'occasion de chaque coupe et il est des prostatites que l'on résèque avec une perte minime de sang. L'hémorragie de la tranche de section est cependant la plus fréquente de la résection, mais elle est aussi la moins inquiétante puisqu'on la reconnaît et on la traite sous le contrôle de la vue.

C) Hémorragie immédiate.

Elle se produit seulement à moins d'anomalie sanguine

particulière, si on a négligé l'acte important qu'est l'hémostase et lorsqu'on ne s'est pas contraint à un technique rigoureuse. Normalement, les urines du malade sont colorées en rouge clair pendant les deux jours, trois au plus, qui suivent l'intervention, et reprennent ensuite leur teinte habituelle. La différence est grande si l'on compare cette teinte et les urines franchement sanglantes du prostatectomisé.

D) Hémorragie tardive.

Après une coagulation trop forte, il se forme sur la partie ainsi traitée, une croûte ou escarre, qui, au moment où elle se désagrège, compris entre le sixième et le vingt-quatrième jour, met à nu les vaisseaux sanguins qu'elle emprisonnait dans ses mailles, d'où une hémorragie plus ou moins importante. Là encore, l'opérateur tient sous sa dépendance la possibilité de l'hémorragie et il lui est très loisible de la prévenir.

II. *L'infection.*

C'est la complication la plus fréquente, dont les formes graves sont heureusement les plus rares.

L'infection peut se localiser à la vessie, aux testicules, à l'épididyme, aux voies urinaires supérieures, à l'espace péri-vésical, enfin revêtir l'allure septicémique.

a) Infection vésico-prostatique.

La constatation d'urines troubles, bientôt suivie de fréquence de la miction est un fait qu'il est assez souvent donné de voir après une résection. En général, le malade reste apyrétique et quelques lavages de vessie et des antiseptiques urinaires viennent à bout de ces symptômes gênants. Mais il est des formes particulièrement re-

belles au traitement et qui ne s'atténuent que très progressivement. Le milieu hospitalier exerce une influence néfaste sur ces malades, et il convient de les en soustraire le plus vite possible.

La prostate peut aussi s'associer à l'inflammation vésicale ; cela se traduit par une légère hyperthermie, mais l'évolution est courte et bénigne. La grande infection prostatique nécessitant le drainage est pratiquement inexistante et pareille éventualité ne s'est jamais présentée à nous. Mais nous connaissons des cas appartenant à d'autres auteurs, opérés en dehors de la clinique urologique (1).

b) Orchito-épididymite.

Elle est le plus souvent due à la sonde à demeure et peut tenir à l'intervention elle-même. L'évolution se fait en une dizaine de jours vers la guérison quoique l'orchite-épididymite puisse aboutir à la suppuration et nécessiter l'incision et le drainage. La ligature des déférents est un moyen efficace de prévenir cette complication, qui pourtant n'est pas assez fréquente pour qu'on y ait systématiquement recours.

c) Pyélonéphrite.

Il faut distinguer les poussées pyélonéphritiques passagères et la pyélonéphrite évolutive. Les premières sont plus communes et se voient surtout chez les vieux infectés lorsque le col présente toujours un obstacle au libre passage de l'urine. Ces mêmes conditions, exacerbées par l'intervention, si bénigne soit-elle, peuvent être invoquées pour la pyélonéphrite. Celle-ci est une complication rare

(1) GAYET. — Congrès d'Urologie, 1933.

et aboutit plus rarement encore à la pyonéphrose, mais elle est grave chez ces vieillards affaiblis, fragiles, et peut amener la mort.

d) Infection péri-vésicale.

C'est là un accident qui ne se produit jamais spontanément après la résection, et qui relève d'une grave faute de technique : la perforation de la vessie par l'anse coupante.

Cette complication est d'autant plus déplorable qu'elle est très sérieuse et facilement évitable. Un de nos malades fut emporté en quelques jours par une collection purulente latéro-vésicale, relevant de cette origine.

e) Infection à allure septicémique.

Le malade de l'observation 41 présenta après l'intervention un état infectieux rappelant de près la septicémie. Il fut traité comme tel, notamment par un abcès de fixation et guérit. Nous ne voulons pas, en citant ces faits, entendre que la septicémie peut être une complication de la résection, bien au contraire, nous sommes enclins à croire que c'est là une éventualité tellement exceptionnelle qu'elle n'est pratiquement pas à envisager.

III. *Urémie.*

Les partisans effrénés de la résection affirment qu'elle n'exerce aucune influence sur l'augmentation du taux de l'urée sanguine ; d'autres, plus modérés, tout en déclarant d'une façon générale l'inocuité de la méthode, admettent qu'elle est capable, dans une faible proportion d'ailleurs, d'aboutir à l'urémie. Nous nous rallions à cette dernière opinion, elle est *a priori* plus logique et cadre parfaitement avec nos résultats.

Qui ne connaît ces prostatiques fragiles, que l'on se proposait d'opérer, auquel aucun traitement n'avait été fait ou qui ont eu simplement un sondage et qui sont morts avec des symptômes nets d'intoxication urémique. Nous avons trop le souvenir d'un de nos malades, urémique, traité par résection, et qui présenta après l'intervention tous les signes d'une intoxication azotémique qui nécessita une cystostomie ; il vint mourir à la Clinique quatorze mois après dans le coma urémique et sans qu'aucune manœuvre puisse être mise en cause.

Si bénigne soit la résection on est obligé de convenir, sans que pour cela elle se trouve abaissée, qu'elle peut, chez certains malades, provoquer une augmentation du taux de l'urée sanguine.

Quels sont les sujets chez qui on doit craindre pareil résultat ? Lorsqu'un malade présente un taux d'urée normal ou légèrement augmenté, on peut intervenir tranquillement et il serait presque surprenant que l'on se trouve déçu. On ne peut en dire autant chez ceux présentant des déficiences rénales, se manifestant par une mauvaise Constante et un taux d'urée élevé. C'est surtout dans pareils cas que l'urémie peut être une complication de la résection. Celle-ci n'agit pas forcément comme un facteur direct et la scène peut débiter par une infection rénale plus ou moins accusée dont l'aboutissant est l'azotémie. L'association de ces deux complications, que l'une ait été la cause de l'autre ou qu'elles aient simplement coïncidé, rend le pronostic particulièrement sombre.

Nous avons eu à déplorer quatre morts imputables à l'urémie. Trois sont survenues dans le mois qui suivit

l'opération et la quatrième, quatorze mois après l'intervention (observations 8, 34, 49, 26). Il est vrai que ces malades étaient aussi très infectés, mais on voit que l'urémie est un facteur de mortalité assez important et que les indications opératoires doivent être minutieusement étudiées chez les prostatiques atteints de déficiences rénales.

IV. *Incontinence.*

Lorsque au cours de l'opération on dépasse les limites assignées par le *véru-montanum* ou bien si on pousse trop profondément la section du tissu prostatique au niveau de l'urètre postérieur, on lèse les fibres sphinctériennes, il se produit une incontinence d'urine variable en durée et en intensité.

Les malades n'éprouvent pas le besoin de la miction puisqu'ils vident continuellement leur vessie et ils ne se sentent pas uriner. Cette complication ne devrait pas exister ; elle est due à une faute de technique compréhensible au début, mais parfaitement évitable. Elle n'est d'ailleurs pas grave puisqu'elle est passagère. Un de nos malades présenta pendant 4 mois une incontinence consécutive à la résection, si bien que nous l'avons crue définitive ; l'écoulement diminua progressivement pour disparaître ensuite complètement. Nous citons notre cas le plus rebelle ; habituellement la durée est courte, une quinzaine de jours environ. Certains malades perdent continuellement leurs urines, d'autres ne se mouillent que dans la position verticale.

V. *Embolie.*

Dans l'abondante littérature que nous avons consul-

té, nous ne l'avons jamais vu citer comme une complication, c'est dire la rareté avec laquelle on la rencontre. Le malade de l'observation 83 mourut subitement avec des symptômes qui, aux dires de l'infirmière responsable, étaient ceux d'une embolie cardiaque.

VI. *Phlébite.*

Les cas de phlébite consécutifs à la résection sont eux aussi très rares. Elle apparaît en général dans le courant de la première quinzaine qui suit l'intervention et présente ses caractères habituels.

VI. *Exacerbation d'un processus néoplasique.*

Certains auteurs ont rapporté des observations de malades porteurs d'un cancer de la prostate et morts quelque temps après la résection, comme si l'acte chirurgical avait eu pour effet de donner un renouveau d'activité aux cellules néoplastiques. Fey cite un cas démonstratif où le doute n'est pas permis. Les statistiques de la Clinique Urologique comprennent quelques résections pour cancer de la prostate, il ne nous a pas été donné de rencontrer pareille complication.

CHAPITRE VIII

Inconvénients et avantages de la Résection

Inconvénients de la Résection

Habitué de longue date à traiter l'hypertrophie prostatique par la méthode de Freyer, l'urologue était en droit, fort des beaux succès qu'elle lui avait donnés, de la considérer comme une solution radicale et définitive. La première critique qui lui vient à l'esprit est que la résection constitue *a priori* par elle-même une témérité, puisqu'elle va à l'encontre d'un vieux dogme urologique consacré par le temps à savoir que l'unique façon de guérir les troubles dûs à la prostate est la suppression de l'adénome.

II. *La Récidive.* — Un second argument, non plus d'ordre sentimental, découle immédiatement du premier.

La résection est une méthode palliative. Elle se propose de rétablir une voie au libre écoulement de l'urine en supprimant la seule partie de l'adénome prostatique formant obstacle. Elle laisse donc persister autour du col vésical une quantité plus ou moins importante d'un tissu dont l'activité cellulaire a été cause de la maladie.

Qui pourrait aujourd'hui affirmer que ce même tissu que la résection semble dédaigner ne soit capable de proliférer à nouveau ? Quel résectionniste pourrait consciencieusement promettre à un prostatique venu lui de-

mander un soulagement définitif, qu'il ne sera à plus ou moins longue échéance affligé des mêmes symptômes ? Aussi on est en droit de se demander quel sera l'avenir de ces malades. On a cité des cas de malades morts en état d'urémie avec une vessie à l'ombilic quelque temps après un « forage ». Ce dernier procédé est d'une grande imperfection et la résection est tout autre chose, mais ce fait, sans être d'un sombre présage, mérite d'être relaté. La résection est encore jeune, et on ne connaît pas de résultats suffisamment éloignés pour porter un jugement définitif. Seul le temps pourra répondre à ce délicat problème. Il serait sage actuellement de considérer que la résection ne met pas à l'abri de la récurrence. C'est là un reproche sérieux, le plus grave qu'on puisse lui faire, d'autant plus qu'il repose sur des constatations cliniques. Parmi les prostatiques que l'on résèque, la grosse majorité présente des suites immédiates excellentes : tel malade qui était dans l'impossibilité d'uriner, recouvre une miction presque normale ; tel autre, atteint de dysurie marquée, est complètement soulagé ; la pollakiurie diminue progressivement et l'état général s'améliore nettement. Ces résultats sont évidemment excellents, et tout irait pour le mieux s'ils se maintenaient ainsi. Malheureusement on voit quelques-uns de ces malades revenir au bout d'un certain temps plus ou moins distant de l'intervention avec des signes de prostatisme témoignant d'un nouvel obstacle au niveau du col. Bien que de tels cas ne soient pas fréquents, la récurrence est un point vulnérable de la résection dont on ne peut mésestimer l'importance.

III. *L'argument du cancer.*

Il est un fait connu aujourd'hui que sur les prostatectomies que l'on pratique avec le diagnostic d'hypertrophie simple, il s'en trouve 10 à 15 % où le microscope révèle une dégénérescence cancéreuse. Rice Rich a publié récemment une statistique d'autopsie comprenant 292 cas d'individus ayant dépassé la cinquantaine et morts d'affections diverses sans caractère intéressant. Il rencontre 41 fois le cancer de la prostate et sur ce chiffre, dans une proportion de 65,8 % l'examen clinique avait été complètement négatif. Moore, sur l'examen histologique de 395 prostates ayant appartenu à des sujets de vingt à quatre-vingt-dix ans, met en évidence le carcinome dans 16,7 % des cas. Là encore l'examen clinique n'avait pas permis de soupçonner la nature de la lésion. Ces travaux sont en parfait accord avec ceux d'Albarran qui, dans le même ordre d'idées, donnait le chiffre de 14 %. Il est donc indiscutable que le cancer de la prostate est souvent méconnu. Dans pareil cas, la prostatectomie, bien qu'elle soit faite dans l'ignorance, surtout lorsqu'on intervient précocement, supprime peut-être définitivement un foyer néoplasique, évitant au malade l'évolution du plus terrible des maux. La résection, au contraire, ne peut prétendre au même résultat, puisqu'elle n'enlève pas la totalité de l'adénome, laissant ainsi le cancer poursuivre ses progrès. Elle est donc nuisible dans ce sens qu'elle retire au malade la chance d'une opération plus radicale, qui l'aurait peut-être guéri pour toujours. Cela n'est pas tout ; même en admettant que la résection soit toujours appliquée au traitement des adénomes simples, ceux-ci,

ou plutôt la fraction qui en persiste est susceptible de devenir le champ d'une transformation maligne. Là encore la méthode transurétrale est dangereuse car la prostatectomie aurait évité une aussi fâcheuse éventualité.

IV. La bénignité de la résection est relative.

A côté des statistiques d'Alcook, Davis, Mc Carthy, Kretchmer, il en est de bien sombres. Quelques auteurs ont donné comme chiffre de mortalités 15 %, l'un d'eux celui de 25 % et plusieurs autres citent assez communément 10 à 12 %. Bradeford, dans une sévère critique de la résection, réunit 89 morts dans les statistiques de 12 urologues. Il est certain que la prostatectomie même entre les mains de chirurgiens inexpérimentés n'a jamais donné une mortalité aussi élevée.

VI. La résection est une opération difficile.

Difficile, elle l'est beaucoup plus que la prostatectomie et si on l'a souvent désigné sous l'appellation d'opération simple il faut dire aussi qu'elle est très compliquée. Le résectionniste en dehors des qualités d'opérateur doit avoir des qualités personnelles. L'endoscopie normale et pathologique de l'urètre prostatique est de la vessie, doit lui être très familière. Le maniement de l'appareillage dont le prix de revient est presque excessif doit lui être d'une grande facilité.

On put dire sans être taxé d'exagération, que la résection doit être l'exclusivité de l'opérateur expérimenté et habile. C'est pour cela, dit Mc Carthy, « qu'entre des mains inexpertes elle est aussi peu dangereuse qu'une mitraillette entre les mains d'un gamin qui vient de lire un roman d'aventures ».

Avantages de la Résection

I. La résection est avant tout une intervention bénigne. Le choc opératoire est en général presque inexistant : réaction thermique nulle ou insignifiante, facies normal du malade, état général non altéré. Cette bénignité permet de l'appliquer au malade condamné à la cystostomie définitive, la prostatectomie étant contre-indiqué vu son caractère de gravité chez les tarés et les fragiles. C'est ainsi que les parkinsoniens, les diabétiques, les cardiaques, les pulmonaires, les sujets à état général déficient, peuvent au même titre que les autres prétendre à une vie normale, à la guérison.

II. Mortalité réduite.

A la Mayo-Clinique, la mortalité est de 0,63 % sur plus d'un millier d'opérés. Alcock donne une mortalité globale de 5 % cancer compris alors que dans la prostatectomie ce chiffre atteint dans les mêmes conditions 25 % ! Le Professeur Cibert sur 100 malades, dont nous connaissons quelques-uns et leurs résultats, à une mortalité peu élevée. Plusieurs statistiques sont indemnes de mortalité. Ces chiffres sont éloquentes. Sont-ils toujours véridiques ?

Nous considérons qu'au point de vue mortalité la différence n'est pas excessive avec la prostatectomie, mais il est bien difficile de faire des comparaisons exactes en pareille matière. Par exemple l'ablation par prostatectomie sus-pubienne d'un énorme adénome de 125 grammes ne peut se comparer avec le râclage d'un petit lobe médian par voie endoscopique. Il serait donc illusoire de vouloir établir une comparaison et la mise en balance de deux faits aussi différents.

III. Suites simples, durée d'hospitalisation écourtée.

Nous avons énuméré les complications de la résection et signalé le peu de fréquence des plus graves, de sorte que les malades jouissent après l'intervention d'une tranquillité qu'ils apprécient assurément beaucoup. Si l'obligation de garder le lit et le fait d'être soumis au traitement par la sonde à demeure constitue des ennuis, ils ne sont pas de longue durée. En effet les malades peuvent quitter rapidement la clinique ayant recouvré une miction normale. Quelques-uns au bout de 6 jours, d'autres plus nombreux, au bout de 10 à 30 jours après la résection sont rendus à leurs affaires, à leur train de vie habituel. Les grands infectés, les malades porteurs d'un orifice de cystostomie long à se fermer, ceux présentant une affection concomitante, ont nécessairement une durée d'hospitalisation plus élevée.

Elle peut dans ces cas égaler et dépasser celle de la prostatectomie. C'est ainsi que certains de nos malades sont restés de trente à soixante jours à l'hôpital. Cela peut paraître énorme mais il ne faut pas oublier que de tels sujets sont soumis à ce mode de traitement parce que toute autre thérapeutique chirurgicale est contre-indiquée.

IV. On fait avec la résection une opération qui n'en semble pas une aux yeux de certains malades, du moment qu'on ne leur incise pas la peau. Elle plaît ainsi à beaucoup d'entre eux, qui n'accepteraient pas une intervention sanglante. Comme conséquence de ce fait en cas d'insuccès partiel, elle peut être recommencée plusieurs

fois. Il faut bien convenir surtout qu'on améliore beaucoup avec quelques copeaux, l'incision hypogastrique avec toutes ses suites, est une opération hors de proportion avec le mal à guérir.

CHAPITRE IX

Etude des Résultats

Depuis mars 1934 jusqu'en juillet 1938 on a pratiqué, à la Clinique Urologique, 143 résections chez 98 malades. Sur ce nombre, trois présentaient des maladies du col, cinq avaient une néoplasme prostatique et le restant des malades était porteur d'adénomes vrais (d'après l'examen clinique, souvent confirmé par l'histo-pathologie). Les premiers malades de notre statistique ont été réséqués avec l'appareil de Papin et le générateur Toury, quelques-uns d'entre eux ont été traités par le « Forage ». C'est dire que tous les résultats ne pouvaient être parfaits.

Vingt-sept malades avaient une cystostomie, soit qu'elle ait été faite dans un but de préparation, ou en vue du deuxième temps.

64 malades ont nécessité 1 séance de résection

26	—	—	2	—	—
5	—	—	3	—	—
3	—	—	4	—	—

Il est certain qu'une plus grande expérience, de bons appareils et une technique rigoureuse, employés dès le début, auraient évité de multiplier les interventions chez un même sujet.

Le poids de tissu prostatique était :

86	fois	compris	entre	0	et	5	gr.
41	—	—	—	5	et	10	gr.
11	—	—	—	10	et	15	gr.
5	—	—	—	15	et	20	gr.

La faible quantité de tissu prostatique réséqué chez quelques opérés peut expliquer certains échecs ou le peu d'amélioration. En effet ce n'est pas en supprimant un petit volume (2-3 gr.) de la portion obstruante d'un adénome, que l'on peut guérir un prostatique.

MOYENNE D'ÂGE

Notre moyenne d'âge est de 64 ans 7.

DURÉE D'HOSPITALISATION

Notre moyenne d'hospitalisation est de 38 jours. En réalité, elle n'est pas aussi élevée si on excepte quelques malades qui ont nécessité un long traitement, certains des opérés ont quitté l'hôpital six jours après l'intervention.

MORTALITÉ

Nous avons eu à déplorer 12 morts sur 98 malades. Chez cinq d'entre eux, la résection n'était nullement responsable de l'issue fatale.

L'un (observation 16) qui avait un néo de la prostate, est mort plus d'un an après l'intervention.

Le second (observation 50) est mort un mois après l'intervention d'un cancer généralisé (poumons, foie, pancréas).

Le troisième (observation 49) est mort d'urémie 14 mois après la résection.

Le quatrième (observation 43) mourut brusquement six

mois après l'intervention, probablement par défaillance cardiaque.

Le dernier (observation 40) mourut cinq mois après l'opération.

Chez sept malades, la résection était responsable de la mort.

L'un d'eux qui avait un néo. de la prostate est mort d'une embolie cardiaque trois semaines après l'intervention (observation 83).

Une mort par urémie seule (observation 34), deux morts par infection et urémie associées, dans le courant du mois qui suivit l'intervention (observation 26 et 8).

Une mort par abcès pelvien latéro-vésical un mois et demi après l'intervention (observation 60).

Une mort dix jours après résection par défaillance cardio-pulmonaire; le malade était porteur de lésions accusées de ces deux appareils (observation 4).

Une mort par infection six jours après la résection (observation 92).

Notre mortalité est donc de 7.14 %. Elle est évidemment très élevée, surtout si on la compare à celle de certains auteurs américains. Mais il ne faut pas perdre de vue que nous avons opéré des malades fragiles pour qui tout autre traitement chirurgical était formellement contre-indiqué; c'est à des erreurs d'indication que nous devons d'avoir eu certains décès.

Parmi nos malades, 35 seulement avaient un bon état général.

Les autres se répartissent ainsi : 12 cardiaques, 15 pulmonaires, 8 cardio-pulmonaires, 1 bacillaire pulmonaire,

3 hémiplegiques, 4 tabétiques, 2 P. G., 1 parkinsonien, 1 épileptique, 1 sclérose en plaques, 3 présentaient des troubles nerveux difficiles à classer, 4 étaient des syphilitiques avérés, 2 cirrhoses dépatiques, 4 avaient des troubles hépatiques marqués, 1 diabétique, 13 présentaient une déficience rénale nette, 5 étaient porteurs de diverticules vésicaux, enfin 22 avaient un mauvais état général marqué.

Dès lors, il sera plus aisé de comprendre qu'avec un aussi mauvais matériel humain, on puisse avoir une mortalité élevée. Nous sommes certains que si notre statistique avait porté sur 200 malades, notre mortalité serait bien inférieure à 5 %.

MORBIDITÉ

Sur 143 résections nous avons eu les complications suivantes :

Hémorragies au cours de la résection....	12
Hémorragies immédiates	18
Hémorragies secondaires	5
Pyélonéphrites	3
Cystites rebelles	15
Prostatites	2
Orchites	4
Phlébite	1
Incontinence d'urine passagère	9

LES RÉSULTATS

Malgré tous nos efforts il nous a été impossible d'examiner ou d'avoir des nouvelles de tous nos malades, un grand nombre d'entre eux ne se sont ni présentés à la

consultation, comme nous le leur demandions, ni répondu à notre questionnaire.

Bons résultats immédiats (malades ayant conservé des urines légèrement troubles et un petit résidu	30
Très bons résultats immédiats (mictions absolument normales)	11
Bons résultats éloignés	18
Très bons résultats éloignés	12
Amélioration	6
Echec	9

Parmi les malades chez qui la résection n'a donné aucun résultat, l'un avait un gros diverticule vésical, un autre était hémiplégique, le troisième un P. G. et le quatrième présentait des troubles nerveux.

Donc sur 86 prostatiques 77 ont été guéris ou améliorés, ce qui correspond à la moyenne de 89,53 %.

Nous avons exposé avec la plus grande sincérité nos résultats, ils sont naturellement très critiquables mais on n'oubliera pas que nous avons été à la clinique en période d'apprentissage et que certainement nos indications mieux posées, notre technique plus en main, nos appareils mieux choisis et mieux surveillés, feront que les statistiques de demain seront, nous pouvons l'affirmer sans crainte, certainement meilleures.

CHAPITRE X

Indications et Contre-indications de la Résection

La question des indications opératoires si importante en chirurgie générale, revêt en ce qui concerne la résection un caractère plus péremptoire encore si l'on peut s'exprimer ainsi. C'est, pourrait-on dire, le noyau épineux et vital autour duquel gravitent les échecs et les succès.

Si un grand nombre de problèmes intéressant la résection ont été résolus de façon définitive, celui-ci est encore différemment abordé par les opérateurs et l'on voit certains recourir à la méthode transurétrale dans la formidable proportion de 95 % des prostatiques, alors que d'autres ne la justifient que très rarement. A notre avis, l'enthousiasme et le septicisme sont également sujets à critique.

Il faut procéder au choix des malades en se guidant sur les possibilités de la méthode et sur l'expérience qu'on en a. C'est ainsi qu'au début on sera très prudent; on choisira des cas favorables, on interviendra là seulement où il est besoin de réséquer une faible quantité de tissu prostatique, puis à mesure que l'on aura acquis une certaine pratique, on élargira progressivement et sans jamais trop s'enhardir, le cadre des indications. Mais hâtons-nous de le dire, si la résection a réussi à s'implanter grâce à

ses ressources et à de nombreux avantages, elle ne devra jamais supplanter la prostatectomie, même entre des mains les plus habiles. Ce sont deux méthodes précieuses et l'on accordera la préférence à l'une ou à l'autre dans la mesure où elles concordent le plus avec l'intérêt du malade.

A l'heure actuelle, et d'une façon générale, sans vouloir ni assigner un caractère définitif ni résoudre un problème, voici la façon dont nous concevons les indications opératoires.

1. INDICATIONS DE LA RESECTION

La résection est indiquée :

Lorsque tout autre procédé est à déconseiller.

A) Dans ce groupe rentrent les malades porteurs d'une cystostomie définitive, les tarés, les grands vieillards. Ce sont en somme les « intouchables de la prostatectomie » : les cardiaques, les bronchitiques, les emphysémateux, les asthmatiques, à mauvais état général, les nerveux, les diabétiques les hépatiques, enfin les débiles avancés.

Ici on doit agir avec une prudence extrême et il ne faudrait surtout pas sans discernement et d'une manière systématique, réséquer un malade chaque fois que la prostatectomie est contre-indiquée. Procéder ainsi serait demander à la résection ce qu'elle ne peut tenir et s'exposer à avoir une grande mortalité opératoire. La conduite à tenir chez de tels sujets consiste à poser d'une façon précise le bilan de leurs résistances. Le cœur doit être suffisant ou remis en état, l'appareil respiratoire convenablement traité et les reins doivent pouvoir sans inconvénient supporter une grosse hydratation.

Nous avons pratiqué une ou plusieurs résections chez des cardiaques, des pulmonaires, des tabétiques, des parkinsoniens, des hémiplegiques, des diabétiques, des déficients rénaux, dont certains se sont admirablement comportés. Si nous avons eu quelques beaux succès, les résultats sont en général peu satisfaisants, car la mortalité est élevée, le soulagement apporté long à obtenir et quelquefois provisoire. Cela n'est point surprenant car ces malades peuvent avoir de grosses prostates bombant dans le rectum et saillant fortement dans la vessie, ce qui en temps normal contre-indique la résection et qu'ils ne peuvent dès lors être guéris qu'après un certain nombre de séances.

Peut-être aurions-nous eu des suites plus heureuses, si tous nos malades avaient pu bénéficier de l'instrumentation actuelle et d'une plus riche expérience ?

Si ces malades constituent des mauvais cas pour la résection, elle leur offre, néanmoins, des avantages considérables. En effet n'est-il pas merveilleux de vouloir rendre à une vie quasi normale, des êtres condamnés à une gênante infirmité par une cystostomie définitive avec ses ennuis ou par des sondages réguliers avec leurs inconvénients ?

B) Les dysuriques et les pollakiuriques.

Ces malades n'ont pas encore une hypertrophie prostatique caractérisée. Ils n'en souffrent pas moins pour cela et voient leur activité considérablement réduite. Que leur offrait la thérapeutique ? Ils ne pouvaient bénéficier de la prostatectomie que l'on jugeait en disproportion avec la lésion. La prostatectomie rejetée on se bornait à les

traiter par la sonde à demeure, les antiseptiques urinaires et les décongestifs pelviens. Nous estimons que l'on est en droit de faire davantage.

Si les résidus augmentent progressivement et toutes les fois qu'à l'urétroscopie on met en évidence un obstacle du col, des cellules et des colonnes vésicales, témoins d'une lutte, la résection doit être envisagée. Opération bénigne, elle peut guérir en peu de temps et peut être pour toujours des malades que l'on faisait temporiser.

La voie endo-urétrale est d'autant plus indiquée qu'elle donne chez les pollakiuriques et les dysuriques des succès surprenants.

II. Lorsque la rétention ou les troubles urinaires sont dûs à un petit obstacle.

Ici figurent les « prostatiques sans prostate », les dysectasies du col, les barres, les lobes médians petits et moyens, les petits lobes latéraux, et sous-cervicaux. Ces lésions étaient avant l'avènement de la Résection justiciables de la prostatectomie. Une opération aussi sérieuse que cette dernière est évidemment disproportionnée chez de tels sujets pour qui la méthode transurétrale est l'intervention de choix.

Dans les dysectasies du col, au lieu d'une large ouverture de la vessie suivie d'une grande incision du col au ciseau, ce qui est malgré tout l'occasion d'un choc opératoire assez important, on peut, grâce à une courte séance de résection endoscopique, avec moins de risque et plus d'élégance, réaliser le même but. Les autres malades retiennent les mêmes avantages, une seule séance est en effet presque toujours suffisante.

La voie sus-pubienne doit céder la place à la résection pour le traitement de ces prostatiques, elle est la méthode de choix et mérite ici tous les éloges que lui ont prodigués ses promoteurs les plus enthousiastes et, sans partager toutes leurs opinions, nous pensons qu'elle est un magnifique apport de la chirurgie moderne.

III. *Dans les hypertrophies moyennes.*

La résection ne bénéficie plus dans ces cas d'une préférence exclusive comme précédemment et son opportunité est à discuter avec celle de la prostatectomie.

Le toucher rectal permet ici de sentir une prostate bombant quoique sans exagération, dans le rectum et l'examen endoscopique montre soit un lobe médian soit des lobes latéraux saillant dans la vessie.

La conduite à tenir est facteur de l'âge du malade, de son état général, de sa condition sociale, de ses préférences, enfin de l'habileté de l'opérateur. Celui-ci juge-t-il qu'une seule séance peut guérir le malade ? La résection conserve alors tous ses avantages et l'emportera. L'état général sans être atteint commande-t-il la prudence, le malade redoute-t-il l'intervention en deux temps ? La résection aura encore la préférence. Devant un sujet robuste et lorsqu'on craint d'être obligé d'intervenir à plusieurs reprises par voie endoscopique, peut-être serait-il plus indiqué de faire une prostatectomie. On voit donc d'après ce qui précède, que la méthode transurétrale trouve encore dans les hypertrophies moyennes un vaste champ d'application puisqu'elle peut y apporter le bienfait de ces avantages.

IV. *Dans certains carcinomes de la prostate.*

Quelques auteurs américains font systématiquement des résections dans les prostates néoplasiques. Ils justifient leur attitude par des arguments dont quelques-uns sont vraiment séduisants, et en fournissant des résultats encourageants. A ces malades qui n'ont plus longtemps à vivre le seul traitement que l'on proposait est la cystostomie définitive. Ils sont dès lors contraints à une vie retirés, souvent en proie à des contractions douloureuses, parfois d'une extrême violence. Il est donc humain chez de tels sujets, de rétablir pendant quelques temps une voie au libre écoulement de l'urine et de leur donner ainsi les apparences de la guérison.

En principe, nous considérons que les néoplasmes de la prostate constituent des mauvais cas pour la résection et nous exposons plus loin les griefs dont est passible la méthode, mais nous admettons que les exceptions soient permises. Quelques-uns de ces malheureux se demandent non sans anxiété pourquoi on leur impose la sonde, alors qu'un voisin ou un ami a été définitivement guéri. D'autres souffrent atrocement et supplient que l'on mette un terme à leur mal. Dans pareils cas, nous croyons qu'il est légitime de créer une rigole dans les tissus néoplasiques mais il faut pour cela :

- 1° Qu'il n'y ait pas de propagation pelvienne;
- 2° Qu'il n'y ait pas de métastase cliniquement décelable;
- 3° Que le processus cancéreux n'ait envahi ni la vessie, ni l'urètre postérieur.

V. *En cas d'échec ou de résultat incomplet de la postectomie.*

On connaît des malades auxquels on avait enlevé la prostate présenter à nouveau des signes d'obstruction vésicale. Les causes de la récurrence tiennent soit à la persistance d'un petit lobe soit à une valvule ou à un lambeau de muqueuse formant clapet. Il serait illogique de recourir à la méthode sanglante. Une courte séance de résection soulage à peu de frais et parfaitement le malade.

2. CONTRE-INDICATIONS DE LA RESECTION

La résection est contre-indiquée :

I. *Dans les grosses hypertrophies prostatiques.*

Les grosses prostates qui bombent fortement dans le rectum, abondamment dans la vessie et l'urètre, nécessitent plusieurs résections. Il faut avant de libérer le col, réséquer trente à quarante grammes de tissu, parfois davantage et ces interventions multipliées finissent par lasser le malade. Il ne comprend pas toujours la bénignité de la résection et pour lui une opération est une opération et il n'entend pas qu'on le soumette plusieurs fois à ses risques et il refuse parfois catégoriquement une nouvelle tentative.

La durée d'hospitalisation n'est point ici écourtée, elle est égale sinon supérieure, à celle de la prostatectomie. Ces inconvénients sont sérieux mais, reproche plus grave, la réapparition des symptômes qui avaient amené le malade est plus fréquente dans les grosses prostates et se fait précocement après la résection.

La prostatectomie est une opération plus sûre puisqu'elle supprime tout l'adénome et pratiquement elle

guérit toujours le malade, la question de mortalité mise à part. Il est évident que ces critiques n'atteignent pas certains auteurs d'outre-Atlantique, mais ils ne sont pas légion, qui ont à leur actif plus de 500 résections, qui ont acquis une grande habileté et qui sont arrivés à réduire en fragments une prostate de plus de 50 grammes, en moins d'une demi-heure. En attendant de posséder pareil doigté il faut être modeste et ne point s'aventurer à moins de raisons sérieuses dans la résection de gros adénomes pour lesquels la prostatectomie est plus logique et plus radicale.

II. *Dans les prostates suspectes.*

Nous avons dit combien le diagnostic clinique d'épithélioma de la prostate est quelquefois difficile à poser. On est alors réduit à une simple suspicion sans pouvoir affirmer la dégénérescence. Ces cas embarrassants sont parfois des cancers au début, avant l'envahissement, donc à un moment où la prostate est mobile, facilement décollable et où l'énucléation totale peut débarrasser à jamais le malade du terrible mal. La résection, traitement palliatif, n'est pas à envisager sérieusement dans pareils cas. Cependant lorsqu'on hésite entre un adénome et un épithélioma prostatique, elle a une grosse valeur diagnostique. On réséquera un copeau de la masse suspecte qu'on enverra à l'examen anatomo-pathologique. Si les craintes sont confirmées, on fera une prostatectomie; si l'examen histologique conclut à un adénome, on agira selon le cas, résection ou prostatectomie.

III. *Dans les carcinomes de la prostate.*

Quelques malades porteurs de carcinomes prostatiques

sans propagation pelvienne ni métastases cliniquement décelables ont été réséquées à la Clinique Urologique. Nous avons eu une mort à quelques jours d'intervalle de l'opération due à une embolie cardiaque. La littérature est presque unanime à proclamer la haute mortalité de la résection dans le cancer de la prostate. De plus, on enfreint un dogme des anciens, à savoir « qu'il ne faut pas taquiner le cancer », et certains de ceux qui ont passé outre ont signalé des exacerbations du tissu néoplasique ayant amené des métastases et une mort rapide après le curetage.

Le soulagement apporté au malade n'est pas de longue durée, car les cellules prolifèrent rapidement et comblent la rigole qu'on avait creusée. On se heurte dans la section du tissu cancéreux à des difficultés de technique. Il est mal commode de couper dans ces prostates dures, même lorsqu'on augmente l'intensité du courant et l'hémorragie est plus fréquente, plus difficile à juguler. En définitive, la cystostomie n'est pas toujours à dédaigner malgré ses inconvénients, puisqu'elle laisse le cancer à sa propre évolution, assure l'écoulement de l'urine et permet aux malades de vivre encore assez longtemps.

IV. La résection est contre-indiquée chez les malades à très mauvais état général, dans les grandes déficiences cardio-rénales, chez certains bronchitiques, emphysémateux, chez les cyrrhotiques, dans certaines atteintes nerveuses. Cette contre-indication n'est pas définitive et l'on peut espérer chez certains malades par une préparation adéquate, une amélioration ultérieure, pouvoir pratiquer une résection.

CONCLUSIONS

I. — La Résection transurétrale est une méthode dont la conception première remonte loin. Elle revient d'Amérique totalement modifiée, nantie d'un appareillage moderne dont les possibilités sont énormes.

II. — Elle consiste à aborder la prostate par les voies naturelles et à supprimer la portion obstruante ; c'est une véritable prostatectomie partielle par morcellement réalisée à l'aide d'instruments spéciaux au moyen des courants de haute fréquence.

III. — Elle constitue une véritable intervention chirurgicale et obéit comme telle à une technique rigoureuse et à des principes nettement établis que l'on ne saurait dédaigner impunément.

IV. — C'est une opération essentiellement bénigne, à la condition d'être employée non pas systématiquement, mais avec discernement et prudence par un opérateur expérimenté, utilisant un appareillage complet, possédant une installation et un personnel adéquats.

V. — Elle ne doit pas supplanter la prostatectomie, mais se partager avec elle les indications opératoires, l'une et l'autre ayant des domaines respectifs.

VI. — La Résection transurétrale de la prostate est encore une méthode récente. Il ne faut ni l'adopter avec

enthousiasme ni la condamner de parti-pris, mais l'envisager avec prudence. Elle a donné surtout entre les mains des auteurs américains des résultats magnifiques qui l'ont imposée à l'attention de tous. Elle constitue une arme nouvelle souvent efficace dans le traitement des maladies du col et de l'hypertrophie prostatique.

« C'est une opération qui restera. »

Vu :
Le Président de la Thèse.
G. GAYET.

Vu :
Le Doyen,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer,
Lyon, le 23 décembre 1937,
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

Quoique ayant consulté une très grande partie de la bibliographie concernant la Résection, nous renvoyons, pour celle parue avant 1934 à la Thèse de Nagghiar.

AMERICO VALERIO. — Diatermo reseccao endoscopica dos obstaculos peri-prostaticos (*Mundo Clinico*, N° 9, sept. 1935).

ARNULF (G.). — A propos de 780 cas de prostatectomie transurétrale à la Clinique Mayo (*Lyon Médical*, N° 34, 25 août 1935).

BALLENGER (E. G.), FIDER (O. F.) et MC DONALD (H. P.). — Transurethral resection of prostate gland ; report of 125 cases (*J. M. A. Georgia* 23, 60-63, fév. 1934).

BALLENGER (E. G.), ELDER (O. F.) and MC DONALD (H. P.). — Transurethral resection of prostatic bars, hypertrophies and cancer (*New Orleans Med. and Surg. J.*, avril 1934, LXXXVI, 651-658).

BLUMEL. — Electroresection transuretrale de la prostate (*Zentral f. chir.*, 30 mars 1935).

BUGBEE (H. G.). — Prostate cancer, experiences with transurethral resection (*Tr. Am. A. Genit.-Urin. Surgeon.* 29 : 207-212, 1936).

BUMPUS. — Etat actuel de la résection transurétrale de la prostate (*The Journal of the Am. Med. Ass.*, 15 avril 1936, p. 494).

— Transurethral resection ; its indications, limitations and complications (*Surg. obst.*, 84, N° 2, 15 fév. 1937, p. 324).

CASTANO (E.) et TRABUCCO (A.). — Endoscopic surgery of posterior urethra and vesical neck obstructions : cases (*Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Buenos-Aires*, août 1936).

- CATHELIN (F.). — Parallèle entre la résection endoscopique de la prostate et la prostatectomie (*Soc. Méd. Ch. des Hôp. libres*, S. 3 fév. 1936).
- CAULK (J. R.). — Transurethral surgery (*Sur. Gyn. and Obst.*, 58, 341-355, feb., N° 2 A, 1934).
- CAULK (J. R.) and HARRIS, WILBUR. — *Journ. Urol.*, xxxii, 449, 1934).
- CHAUVIN (E.). — Les opérations endoscopiques dans l'hypertrophie prostatique d'après les derniers congrès (*J. de Méd. de Paris*, 54, 517, 14 juin 1934).
- CIBERT (J.). — A propos de la résection transurétrale (conclusions d'un voyage en Amérique) (*Lyon Chir.*, 33, 452-459, juillet-août 1936).
- La Résection prostatique transurétrale aux Etats-Unis (*J. d'Urol. Méd. et Chir.* N° 4, octobre 1936).
 - La résection transurétrale dans les obstructions du col vésical (*Bull. et Mém. de la Soc. Franç. d'Urol. du Sud-Est*).
 - Conférence à la Clinique Urol. de Lyon, 15 janv. 1936.
 - La Résection prostatique transurétrale. Ce que peuvent être ses indications à l'heure actuelle (*Lyon Méd.*, N° 46, 15 nov. 1936 et N° 47, 22 nov. 1936).
- CLINTON (K. S.) et STOCWELL (A. L.). — Preliminary shrinkage of the prostate in transurethral resection, together with a histological study of the action of the coagulating currents (*J. of Urol.*, 20 fév. 1935).
- COLLINGS (C. W.). — Endoscopic excision of prostatic obstruction (*J. Urol.*, 1935).
- CRON MUNZEBROCK. — La résection transurétrale de la prostate (*Zentr. für Chir.*, N° 9, 29 fév. 1936).
- CUNNINGHAM (J. H.). — Yearbook of Urology, 1934, p. 298.
- DAY (R. V.). — The present status of prostatic resection (*J. Urol.*, 1935, 428-436).
- DE LA PENA (A.). — Estado actual de la cirugía transurétral del prostatismo (*Cron. Méd. Mex.*, 33, 140-149, mai 1934).
- Progrès récents et modifications instrumentales de la

- chirurgie transurétrale de la Prostate (*Archivos de Méd. y Cir. Espec.*, 15 mai 1936).
- DENIS (R.). — Résection endoscopique de la prostate chez trois cystostomisés (*Presse Médicale*, N° 49, 10 avril 1935).
- Au sujet de la résection endo-urétrale de la prostate (*Lyon chir.*, 33, 459-461, juillet-août 1936).
- DESVIGNES. — Traitement de l'adénome prostatique au début (*XXXVI^e Congr. s d'Urol.*, oct. 1936).
- DOGREY (R. W.). et FREGGETTER (G. Y.). — Endoscopic resection of prostate, critical survey of 150 cases (*British Med. J.*, 1, 147-151, 26 janv. 1935).
- DOSSOT (R.). — Sur la résection transurétrale dans l'hypertrophie de la prostate (*Revue pratique des Mal. des Org. Gen. Urin.*, sept., 1934).
- DUMEAU. — Thèse de Marseille, 1936.
- FEY. — Les indications de la Résection endo-urétrale (*XXXVI^e Congrès d'Urologie*, Paris, octobre, 1936).
- FLANDRIN (F.). — A propos de la résection endoscopique de la prostate (*Revue pratique des Mal. des Org. Gén. Urin.*, septembre 1934).
- FOLEY (F. E. B.). — A converting or observing sheath for the stern Mc Carthy resectoscope. For greating precision in vizualising the results of resection (*J. Urol.*, 1935).
- FORET (E.) et CONRAD (L. J.). — Endoscopic resection (*Revue belge Soc. Méd.*, 8, 344-357, mai 1936).
- FRISCHER (J.). — Local anesthesia in transurethral electro-surgery of prostate (*Urol. and Cutan. Rev.*, 38, 158-162, mars 1934).
- GALLOIS (M.). — La résection transurétrale de la prostate (*Rev. prat. des Mal. des Org. Gen. Urin.*, sept. 1934).
- GAUSA (P.). — Tratamento endoscopico transurétral de la hipertrofia prostática (*Ars. Méd. Barcelona*, 11, 37-50, feb. 1935).
- GAUTHIER (J.). — Resection endo-urétrale dans l'hypertrophie prostatique (*Gaz. Méd. de France*, juillet 1, 15, 1936).

- GAYET et VERRIÈRE. — Etude sur une première série de 45 cas de résections prostatiques par voie endo-urétrale (*Lyon Chir.*, 33, 475-481, juillet-août 1936).
- GISEARD (J. B.). — Causerie sur la résection endoscopique de la prostate (*Toulouse Méd.*, 15 janvier 1936).
- HORNADY (W. R.). — Some observations following prostatic resection (*J. Urol.*, 1935).
- HRYSCHAK. — Sur la résection transurétrale de la prostate (*Wiener Klische Wöchenschrift*, 11 sept. 1936, p. 1155).
- KERWIN (T. J.). — The treatment of prostatic hypertrophy by a new method shrinkage (*J. of Urology*, 1934, p. 481).
- KRETSCHMER (K. L.). — Transurethral resection (*Ass. Surg.* 104, p. 917, 1936).
- Transurethral electroresection of bladder neck obstruction (*J. Michigan M. Soc.*, 33, 15 janv. 1934).
- LAFFITE. — Traitement de l'hypertrophie prostatique : chirurgie ou électricité ? (*Act. Médico-chir.* Nov. 1936)
- LEPOUTRE (C.). — Comment on traite aujourd'hui les prostatiques (novembre 1937).
- LEWISS, BRANSFORD and CARROLL, GRAYSON. — Second thoughts on prostatic resection (*Urol. and Cut. Rev.*, 1934, p. 6).
- MATHÉ (C. P.). — Nouvelles observations sur le traitement de l'hypertrophie prostatique par la résection transurétrale (*Urol. and Cut. Rev.*, janv. 1934).
- Mc CARTHY (J. I.). — Cirurgia prostatica endoscopica (*Rev. Brasil. de Cir.*, 2-55-64, févr. 1934).
- MONTAGNE et BOYD (L.). — Prostatectomie ou résection transurétrale dans les grosses prostatites (*The Urol. and Cut. Rev.*, juin 1934).
- MOULLET (Ch.). — La résection prostatique transurétrale par la méthode de Davis, état actuel de la question (*J. de Méd. de Paris*, N° 21 et 22, mai et juin, 1936).
- La Résection transurétrale par la méthode de T. M. Davis (*Concours Méd.*, 1, 3 janvier 1937).
- NAGGHIAN (J. A.). — Le traitement de l'hypertrophie prostatique par l'électrorésection endoscopique (*Thèse de Paris*, 1934).

- NELSON (O. A.). — New instruments to facilitate prostatic resection (*J. Urol.*, 1935, N° 4).
- NESBITH, REED (M.). — Transurethral prostatic resection : an evaluation based upon the study of four hundred cases (*Trans. West. Branch. Am. Urol. Ass.*, 1934, p. 91-95).
- NICHOLSON. — Prevention hemorrhage following resection (*Urol. and Cut. rev.*, nov. 1936).
- O'BRIEN (E. J.). — Observation in transurethral prostatic resection (*New England. J. Med.*, 210, 354-358, 15 fév. 1934).
- PAPIN (E.). — De la Résection endoscopique de la prostate (*Congrès Franc. d'Urol.*, Paris 1934).
- PARIENTE. — Thèse de Paris, 1936.
- PENNOCK (W. J.). — Endoscopic resection (*Northwest Med.*, 34, 42-44, fév. 1935).
- PHÉLIP. — Les indications de la Résection endo-urétrale de la prostate doivent être basées sur l'endoscopie de la miction (*Presse Méd.*, 13 avril 1935).
- Technique de la Résection endoscopique de la prostate (*Archives des Mal. des Reins et des Org. Gén.-Urin.*, N° 6, nov. 1935, p. 743).
- Indications de clinique et résultats de la voie endo-urétrale, contre certaines rétentions prostatiques (d'après 120 cas) (*Lyon Méd.*, 11 nov. 1934, p. 497-502).
- REAVES (J. U.). — Transurethral resection of prostate (*J. Florida. M. A.*, 20, 303-305, janvier 1934).
- STERN (H.). — First decade of Resection (*Urol. and Cut. Rev.*, 40, 765-769, nov. 1936).
- STERVINO (L.). — Thèse de Lyon, 1937.
- SUTTER (F.). — Transurethral electrosurgical therapy of urinary retention (*Schweiz. Med. Wchuschr.*, 65, 316-318, 6 avril 1935).
- THÉVENARD. — Quelques points pratiques concernant la résection endoscopique de la prostate (*Rev. prat. des Org. Gén.-Urin.*, 1935).
- THOMPSON (G. J.). — Transurethral prostatic resection ; general estimate and special study of 20 physician patients (*California et West. Med.*, 40, 1, 6 janvier 1934).

- Transurethral operations ; changing conceptions past five years (*J. A. M. A.*, 107, 1954-1960, déc. 1936).
- THOMPSON et BUCHTEL (H.). — Transurethral resection of large prostate : review of 200 cases in which 25 gr. or more of tissue was removed (*J. of Urol.*, 36, 43, 56, juillet 1936).
- VERRIÈRE (P.). — A propos de la résection endo-urétrale de la prostate (*Le Praticien*, 1937).
- VIETHEN (H.). — Indication for electroresection in hypertrophy of the prostate (*Beitr. Z. Klinik Chir.*, 163, 491-497, 1936).
- WEAR (H.). — Transurethral resection (*South Wester. Med.*, 18, 401-415, déc. 1934).
- WELDFELD (J.), KENNEDY (R. L.), HILLEBRAND (R. J. G.). — Prostate abscess following resection (*Urol. and Cut. Rev.*, 41, 317-318, mai 1937).
- WESTON (R. B.). — Intra-urethral prostatectomy (*J. Iowa M. Soc.*, 5 déc. 1935).
- WIDEGENS. — L'Electrotomie endo-urétrale est-elle un progrès dans le traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique ? (*Medizinische Klin.*, 10 avril 1936, p. 485).
- WILLIAM et GARSHWILER (P.). — La résection prostatique transuretrale (*Urol. and Cut. Rev.*, juin 1934).
- WISHARD (W. N.). — Evolution of the resection (*Am. J. Surg.*, août 1936).
- YOUNG (H.). — The radical cure of the cancer of the prostate (*Surg. Gyn. and Obst.*, 15 fév. 1937, p. 472).
- Transurethral resection of the prostate (*J. of Am. Med. Ass.*, juin 1934).

Nous sommes heureux d'adresser nos remerciements aux « Fichiers » du *Monde Médical*, dont la documentation nous a été très utile.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
PREFACE	19
CHAPITRE PREMIER, Historique.....	21
CHAP. II. — Traitement pré-opératoire.....	25
CHAP. III. — Manuel opératoire et technique.....	35
CHAP. IV. — Traitement post-opératoire.....	61
CHAP. V. — Les suites de la Résection.....	67
CHAP. VI. Observations.....	71
CHAP. VII. — Complications de la Résection.....	173
CHAP. VIII. — Inconvénients et avantages de la Résec- tion	181
CHAP. IX. — Etude des Résultats.....	189
CHAP. X. — Indications et contre-indications de la Résection	195
CONCLUSIONS	205
BIBLIOGRAPHIE	207

